

HOJA DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO UNIÓN

For Office Use Only:

Student ID _____

Enrollment Date _____ Grade _____

Registration completed _____

School _____

Need Immunization Record Birth Certificate POR

Transportation _____

School Receiving Packet _____

Teacher's Name _____

Date Received _____

Packet received by _____

Por favor indique la colocación académica del alumno:

Nuevo Estudiante en Kindergarden para el año escolar: _____

Nuevo Estudiante de Pre-Escolar para el año escolar: _____

Nuevo Estudiante entrando al grado: _____ para el año escolar: _____

Información del Estudiante

Al momento de inscripción del estudiante se debe presentar el Acta de Nacimiento u otro documento para verificar la edad y el registro de vacunas actualizado. Las copias de estos documentos serán guardados en los archivos de la escuela y los originales serán devueltos a los padres o tutor legal.

Nombre Legal _____ / _____
Apellido Paterno Primer Nombre Segundo Nombre Apodo

Dirección _____
Casa/Apto. # Nombre de la Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección del Correo (Si es diferente) _____
Casa/Apto. # Nombre de la Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono del Hogar _____

Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____
Mes/Día/Año Ciudad/Estado/País

Origen Étnico: Hispano No-Hispano

Raza: (Seleccione todo lo que aplica) Indígena Americano Negro Asiático Hawaiano/Islands del Pacífico Blanco

El estudiante vive con _____
Relación con el Estudiante

Nombre del Tutor Legal _____ Documentación legal entregada a la escuela Si No

Información Familiar

Nombre Completo del **Padre** _____

Lugar de Nacimiento (Ciudad/Estado/País) _____ Difunto Si No

Dirección _____

Teléfono del Hogar _____ Teléfono Celular _____

Lugar de Trabajo _____ Teléfono del Trabajo _____

Ultimo Nivel de Educación _____ Dirección Correo Electrónico _____

Nombre Completo de la **Madre** (incluir el nombre de soltera) _____

Lugar de Nacimiento (Ciudad/Estado/País) _____ Difunto Si No

Dirección _____

Teléfono del Hogar _____ Teléfono Celular _____

Lugar de Trabajo _____ Teléfono del Trabajo _____

Ultimo Nivel de Educación _____ Dirección Correo Electrónico _____

Información de **Padrastro/a o Tutor Legal** (si aplica) Relación con el estudiante _____

Nombre Completo _____ Dirección _____

Teléfono de la casa/Celular _____ Lugar de Trabajo _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección Correo Electrónico _____

HOJA DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO UNIÓN

Otra Información

| | | | Puede Recoger al Estudiante |
|---|-----------------------|----------------------------------|--|
| Contacto de Emergencia _____ (A parte de los Padres) | Nombre Completo _____ | Relación con el Estudiante _____ | Teléfono _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Contacto de Emergencia _____ (A parte de los Padres) | Nombre Completo _____ | Relación con el Estudiante _____ | Teléfono _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Contacto de Emergencia _____ (A parte de los Padres) | Nombre Completo _____ | Relación con el Estudiante _____ | Teléfono _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Si alguien **no** tiene su autorización para recoger al estudiante, por favor escriba el nombre y la relación con el estudiante.

Información de otros niños en la familia (por favor indique si son hermanos o hermanastros)

| | | |
|--------------|---------------|-------------|
| Nombre _____ | Escuela _____ | Grado _____ |
| Nombre _____ | Escuela _____ | Grado _____ |
| Nombre _____ | Escuela _____ | Grado _____ |

Proporcione información medica e instrucciones (incluyendo cualquier medicamento prescrito y cualquier restricción física) _____

Autorización para obtener atención medica Sí No

| | | | |
|-------------------------|--------------|-----------------|----------------|
| Nombre del Médico _____ | Nombre _____ | Dirección _____ | Teléfono _____ |
| Dentista _____ | Nombre _____ | Dirección _____ | Teléfono _____ |

Por favor indique la última escuela a la que el estudiante asistió (Si corresponde)

| | | |
|---|--------------|--|
| <input type="checkbox"/> Escuela Privada _____ | Nombre _____ | Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____ |
| <input type="checkbox"/> Escuela Charter _____ | Nombre _____ | Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____ |
| <input type="checkbox"/> Escuela Pública _____ | Nombre _____ | Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____ |
| <input type="checkbox"/> Institución de enseñanza en casa hogar _____ | Nombre _____ | Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____ |
| <input type="checkbox"/> Enseñanza administrada en el hogar _____ | Nombre _____ | Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____ |

Ultima fecha en la que asistió a la escuela _____ Grado _____ Nombre del Maestro _____
Mes/Año

Ha asistido el estudiante a alguna de las Escuelas Públicas del Condado Unión antes? Sí No
Si es así, escriba el Nombre de la Escuela _____ Año Escolar _____

Indique si el estudiante ha sido identificado como estudiante con necesidades especiales y ha recibido servicios con:

| | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|
| Plan de Educación Individual (IEP) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si es así, tiene la copia del plan? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Plan de Acomodación del Estudiante (504) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si es así, tiene la copia del plan? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Académicamente Talento (AIG o TD) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si es así, tiene la copia del plan? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Ha sido el estudiante retenido alguna vez? Sí No Si su respuesta es si, que grado repitió? _____
Ha salido el estudiante de la escuela debido a una Suspensión o Expulsión? Sí No Si su respuesta fue si, explique por que: _____

Transportación Mañana Autobús Carro Caminando Tarde Autobús Carro Caminando

Información Militar

Tiene el estudiante algún miembro de la familia prestando Servicio Militar Fuerzas Armadas de Estados Unidos? Sí No
Si es así, _____

| | | |
|--------------|----------------------------------|--|
| Nombre _____ | Relación con el Estudiante _____ | Rama del Servicio Militar Estadounidense _____ |
| Nombre _____ | Relación con el Estudiante _____ | Rama del Servicio Militar Estadounidense _____ |

Firma del Padre, Madre o Tutor _____
Firma _____ Fecha _____