

# 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 **Padraastro/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 \_\_\_\_\_