

FORMULARIO DE MATRICULACION DEL ESTUDIANTE

Año Escolar 2018-2019

(Spanish)

(Escriba toda la información en letra de imprenta)

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE										
Apellido			Nombre			Inicial del Segundo Nombre		# ID del Estudiante de las EPDC		
Denominación Étnica: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/No-Latino		Raza (escoja uno o más opciones): <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco				Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /		Género del Estudiante <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
					Número de Teléfono: ()					
Dirección					No. de Apartamento	Escuela anterior (si no son las EPDC):				
Ciudad					Estado	Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal:			
Nivel de grado del próximo año escolar (18-19)							PEI actual para los servicios de Educación Especial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
PK3 PK4 K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Adulto							Plan 504 actual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
							Alergias (si contesto "sí" complete la solicitud)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
							Restricciones de la dieta (si contesto "sí" complete la solicitud)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
							Medicamentos requeridos (si contesto "sí" complete la solicitud)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
INFORMACIÓN DEL PADRE/ENCARGADO										
Padre/Encargado			Parentesco			Otro Contacto del Padre/Encargado		Parentesco		
Dirección					Dirección					
City			Estado	Código Postal	City		Estado	Código Postal		
Correo electrónico			<input type="checkbox"/> Opta por un correo electrónico <input type="checkbox"/> Opta por un mensaje de texto			Correo electrónico		<input type="checkbox"/> Opta por un correo electrónico <input type="checkbox"/> Opta por un mensaje de texto		
Teléfono de la casa	Celular		Teléfono del Trabajo			Teléfono de la casa	Celular		Teléfono del Trabajo	
INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA (QUE NO SEA EL PADRE/ENCARGADO)										
Nombre			Parentesco			Nombre		Parentesco		
Dirección					Dirección					
City			Estado	Código Postal	City		Estado	Código Postal		
Teléfono de la casa	Celular		Teléfono del Trabajo			Teléfono de la casa	Celular		Teléfono del Trabajo	
ESTADO DE LA VIVIENDA (ESCOJA TODOS LOS QUE APLICAN)										
Permanente <input type="checkbox"/>	Hotel/Motel <input type="checkbox"/>	Refugio <input type="checkbox"/>	Sin cobijo <input type="checkbox"/>	Vivienda Compartida <input type="checkbox"/>	Cuidado de Crianza/CFSA <input type="checkbox"/>	En espera de Cuidado de Crianza <input type="checkbox"/>	Joven sin un encargado legal <input type="checkbox"/>			
Las EPDC consienten en que los datos/información proporcionadas en el Formulario de Matriculación del Estudiante se mantendrá en confidencialidad y se utilizarán únicamente para asuntos legítimos de las EPDC. He completado este formulario y certifico que la información incluida arriba es correcta. Entiendo que proporcionar información falsa con la intención de estafar al gobierno es castigado por la ley. Al firmar abajo, reconozco que estoy de acuerdo con cualquier consentimiento o acuerdos proporcionados en este formulario. El formulario no se debe firmar antes del 1 de abril.										
Firma del Padre/Encargado que matricula al estudiante					Fecha					