

FORMULARIO DE MATRICULACION DEL ESTUDIANTE

Año Escolar 2017-2018

(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	
		Lugar de Nacimiento (si no es EEUU):		Número de Teléfono: ()					
Dirección		No. de Apartamento		Estudiantes Nuevos en las EPDC					
				Escuela anterior (si no son las EPDC):					
Ciudad		Estado		Código Postal		Ciudad, Estado, Código Postal:			
						PEI actual para los servicios de Educación Especial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
						Plan 504 actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nivel de grado del próximo año escolar (17-18)						Alergias (si contesto "sí" complete la solicitud) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
PK3 PK4 K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Adulto						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		Ciudad	
						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	

	Hermano/a 1	Hermano/a 2	Hermano/a 3	Hermano/a 4
Nombre				
# ID del Estudiante				
Escuela				
Fecha de Nacimiento				

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA (QUE NO SEA EL PADRE/ENCARGADO)

Nombre		Parentesco		Nombre		Parentesco	
Dirección				Dirección			
Ciudad		Estado		Código Postal		Ciudad	
						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 _____