

Formulario de Matriculación del Distrito de San Pablo

Favor de completar LOS DOS lados de este formulario--Asegure de escribir en letra de molde

Año Escolar 2018-2019

Nombre Legal del Estudiante: (Legal Name)	Nombre de Preferencia del Estudiante: (Preferred Name)

Nombre Inicial del 2do Nombre Apellido

Domicilio de Residencia (Calle) (Residence)			

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Domicilio Postal (si es diferente) (mailing)			

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Fecha de Nacimiento (Birthdate)	Lugar de Nacimiento (Birthplace)

Teléfono del Hogar ()	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenia
---------------------------------	---

El estudiante vive con (Student lives with)	
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutores Otro:	

Grado (Grade)	Edad (Age)	No. de Seguro Social (opcional)

Nombre de la Mama (Mother)

Teléfono del hogar de la Mama

No. Celular de la Mama

Empleador de la Mama (Mother's Employer)

Teléfono del Empleador de la Mama

Nombre del Papa (Father)

Teléfono del hogar del Papa

No. Celular de la Papa

Empleador del Papa (Father's Employer)

Teléfono del Empleador del Papa

Doy permiso para que mi información de contacto de mi familia sea compartida en el directorio de la escuela.
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Quieres recibir avisos de correo electrónico diario / Semanal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Domicilio de Correo Electronico (Email Address)

(Email Address)

Etnicidad: Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Raza: <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucasico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/islas del Pacifico

La Ultima escuela que asistió (Last School)

Domicilio de la ultima escuela que asistió (Address of Last School)			

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Programas especiales: ¿Conoce si su hijo ha recibido de los siguientes servicios?						
<input type="checkbox"/> IEP/SPED	<input type="checkbox"/> TAG	<input type="checkbox"/> Habla/Language	<input type="checkbox"/> Apoyo de lectura	<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> ELL	

EN CASO DE UNA ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O EMERGENCIA AL ESTUDIANTE, LA ESCUELA ESTA AUTORIZADA A PROCEDER COMO INDICADO

CONTACTO DE EMERGENCIA NO. 1:		
(No incluirse a usted miso vamos a contactar los padres primero)		
Relación al estudiante	Nombre:	# de Telefono:

CONTACTO DE EMERGENCIA NO. 2:		
(No incluirse a usted miso vamos a contactar los padres primero)		
Relación al estudiante	Nombre:	# de Telefono:

CONTACTO DE EMERGENCIA NO. 3:		
(No incluirse a usted miso vamos a contactar los padres primero)		
Relación al estudiante	Nombre:	# de Telefono:

Favor de continuar por el otro lado de este formulario

Otra información:					
Situación de vivienda de Emergencia o Desplazado: <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Albergué/Transición <input type="checkbox"/> Vehículo/calle/parque/lugar público					
Se Ha movido usted en los últimos 3 años para trabajo agrícola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Hijos Que viven en su casa: (de 0 a 18 años años)					
Nombre	Fecha de Nacimiento	Género	Nombre	Fecha de Nacimiento	Género
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina

MÉDICOS / INFORMACIÓN DE LA ALERGIA:

Personal de la escuela necesita saber cuando su hijo tiene un problema de salud para que él o ella necesite ayuda durante el día escolar. Por favor de informar la escuela de cualquier cambio en la información.

¿Su hijo/a tiene alguna condición médica o alergias?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí por favor complete el formulario de Histroia de salud
--	---

Detalles/salud: _____

Por favor incluir el nombre y apellido del doctor

Nombre del Doctor	# de Telefono del Doctor

Hospital De Su Preferencia

MEDICAMENTOS QUE AL MONENTO TOMA

Medicamentos que toma	Para que	La Dosis Que Toma

SERGURO MEDICO

Compania de Seguros	Numero de Poliza	Nombre del adulto que lleva la poliza

Entiendo que las autoridades escolares usaran su mejor criterio para determinar la atencion de emergencia y procedimientos. Tambien entiendo el Distrito no asume ninguna obligacion financiera para los gastos incurridos en llevar a cabo el procedimiento de emergencia y / o transporte de emergencia. Al firmar esta forma tambien autoizar la liberacion de registros educativos para el estudiante nombrado en este registro.

Ademas declaro que toda la informacion en ambos lados de este formulario es exacta al mejor de mi conocimiento.

FIRMA DEL PADRE/CUSTODIO _____ **FECHA** _____

