

Distrito Escolar del Condado de Muscogee – Información Escolar

Nombre de la Escuela _____ Año Escolar: 20____ - 20____ Grado _____

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Nombre Preferido _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social _____

INFORMACION DEL ADULTO INQUE HACE LA MATRICULA (Padres/Encargados 1) El adulto que hace esta matricula debe de firmar este formulario para poder completar la matrícula). **NOTA: El estudiante debe de principalmente vivir con el adulto que hace la matricula.**

Nombre del Adulto que hace la matricula: _____ 1Relacion al estudiante: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Estado de los Padres: Casados Separados Divorciados Solteros

¿Cuál (es) idioma (s) habla la persona que hace la matricula? _____

Dirección de domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Ocupación/Empleador: _____ Correo electrónico: _____

Usted, es dueño de su casa renta su casa o 2comparte su casa con otra familia

¿Es el padre/madre/encargado militar activo? Sí No Es el padre/madre/encargado empleado civil en Ft. Benning? Sí No

Información adicional del estudiante

Origen étnico: Hispano/Latino Sí No en la próxima línea, indique todas las opciones que apliquen

Raza: Blanco Africano-Americano Asiático Indio-Americano/Nativo de Alaska Hawaiano/De otra isla del Pacífico

Si no nació en USA: País de Nacimiento _____ Fecha cuando empezó escuela en USA (día/mes/año) _____

La última Escuela que asistió _____ Ciudad _____ Estado _____

¿Ha asistido el estudiante a alguna escuela en Columbus? Sí No

Si asistió, dé año y el nombre de la escuela _____

¿Ha asistido el estudiante a alguna escuela pública en otro distrito? Sí No

Si asistió, dé año y el nombre de la escuela _____

¿Ha recibido el estudiante Educación Especial? Sí No

¿Esta el estudiante en el programa de estudiantes dotados? Sí No

¿Tiene actualmente el estudiante un IEP? Sí No

¿Esta el estudiante en el Plan 504? Sí No

¿Inglés para estudiantes que hablan otro idioma (ESOL)? Sí No

¿Recibe terapia del habla en la escuela? Sí No

¿En los pasados 36 meses, se ha cambiado el estudiante a través del estado o distrito escolar que haga que el estudiante, padre o encargado legal obtenga un trabajo temporero o de época con la industria agrícola o de pesca? Sí No

ENCUESTA OBLIGATORIA EN EL IDIOMA NATIVO (Requerido para la registración – Reglas del Departamento de Estado de Educación 160-4-5-.02)

¿Cuál(es) idioma(s) aprendió el estudiante hablar primero? _____

¿Cuál(es) idioma(s) habla el estudiante en casa? _____ ¿Cuál(es) idioma(s) habla el estudiante mas a menudo? _____

TRANSPORTACION

En la mañana: Auto Estudiante conduce Programa antes de clase Caminador Autobús (Escriba el número del autobús _____)

En la tarde: Auto Estudiante conduce Programa después de clase Caminador Autobús (Escriba el número del autobús _____)

Nombre de la Guardería _____ Número de teléfono _____

1 Si no es el Padre o encargado legal, tiene que completar un affidavit de residencia. (Reglas del Departamento de Estado de Educación 160-5-1-.28)

2 Affidavit de Residencia puede ser requerida como prueba de residencia (Reglas del Departamento DE Estado de Educación 160-5-1-.28)

3 Tal vez se requiera el expediente de la escuela anterior

Nombre del estudiante _____

Grado _____

INFORMACION DE LOS HERMANOS DEL ESTUIDANTE (hermanos y hermanas menores de 18 años)

Nombre _____ Fecha de Naclimiento (mes/día/año) _____ Nombre de la escuela _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año) _____ Nombre de la escuela _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año) _____ Nombre de la escuela _____

ESTADO DE SALUD DEL ESTUDIANTE *LA TARJETA INCLUIDA PARA LA CLINICA DEBE SER COMPLETADA*****

¿Necesita el estudiante tomar algún medicamento en la escuela? Si No Medicamento: _____

¿Tiene el estudiante alergia a alguna comida/medicamento?: Si No Alergias: _____

¿Qué información médica la escuela necesita saber acerca del estudiante?: _____

Nombre del doctor: _____ Número de teléfono _____

En caso de emergencia, la escuela se encargará de trasladar el estudiante al doctor o a la facilidad médica más cercana para que reciba tratamiento. Los padres o encargado legal se harán responsables de cubrir los gastos médicos. Por favor indique su hospital de preferencia (nota: la escuela no garantiza que el estudiante sea trasladado a esta facilidad médica)

Martin Army Hospital Doctor's Hospital Midtown Medical Center St. Francis Otro (Especifique) _____

INFORMACION PARA RECOGER EL ESTUDIANTE

Padre/Madre/Encargado (#2) _____ Relación con el estudiante: _____

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección (Si es diferente a la del Padre o Encargado #1) _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____ Teléfono de Trabajo _____

Ocupación/Empleador _____ Correo electrónico _____

Padre/Madre/Encargado #2 está autorizado para recoger al estudiante de la escuela y para ser llamado en caso de emergencia si no se logra conseguir el adulto que hizo la matricula:
 Si No

LAS SIGUIENTES PERSONAS TIENEN PERMISO PARA RECOGER A MI HIJO(A) DE LA ESCUELA MOSTRANDO IDENTIFICACION VALIDA DEL ESTADO O MILITAR * Por favor nombre personas que no sea usted. *****

Nombre _____ Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____ Relación _____

Nombre _____ Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____ Relación _____

CONTACTO DE EMERGENCIA * Por favor nombre a otra persona que no sea Padre/Madre/Encargado.*****

Nombre _____ Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____ Relación _____

Firma del Padre/Madre/Encargado
(Adulto que matriculó al estudiante)

Fecha

SOLAMENTE EL ADULTO QUE HAYA MATRICULADO AL ESTUDIANTE ESTARA AUTORIZADO A DAR DE BAJA O TRANSFERIR AL ESTUDIANTE, COMO TAMBIEN PARA BUSCARLO O RECOGERLO DE LA ESCUELA, A MENOS QUE SE HAYA INDICADO DE OTRA FORMA

Uso de la oficina solamente

Año Escolar _____

____ SS # _____ Certificado de Nacimiento
____ Inmunización _____ Comprobante de residencia
____ EED _____ Tarjeta Clínica