

# DISTRITO ESCOLAR DE BELOIT TURNER

## Forma de Registro 2016-2017

Fecha: \_\_\_\_\_

Matrícula Abierta: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre Legal del Estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Dirección de la Casa del Estudiante: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código P.: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo (si es diferente): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código P.: \_\_\_\_\_

Calle, Camino, RR No., APARTADO POSTAL No.

Dirección de E-mail: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Confidencial \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Sí

¿Es el estudiante Hispano(a)/Latino(a)? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

¿Es el estudiante: (**Por favor circule todos los que aplican**) \_\_\_\_ Indio Americano o nativo de Alaska

\_\_\_\_ Asio \_\_\_\_ Africano Americano \_\_\_\_ Nativo de Hawaii o de islas pacificas \_\_\_\_ Blanco

CIUDAD DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ESTADO DONDE NACIO \_\_\_\_\_

CERTIFICADO DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ (ESTUDIANTES NUEVOS)

Lenguaje del Hogar: Inglés Español Alemán Francés Vietnamita Italiano

¿Está el estudiante enrollado dentro de un Programa(s) de Educación Especial ? \_\_\_\_ Si es sí, ¿Cuál programa(s)?

\_\_\_\_ Última escuela que asistió: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección de la Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre Legal del Padre: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Teléfono Casa: ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Otro Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo/Departamento: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Sí se casó de nuevo, nombre de la esposa: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo de la madrastra (si se casó de nuevo): \_\_\_\_\_ Teléfono. \_\_\_\_\_

Nombre Legal de la Madre: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Teléfono Casa: ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Otro Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo/Departamento: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Sí se casó de nuevo, nombre del esposo: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo del padrastro (si se casó de nuevo): \_\_\_\_\_ Teléfono. \_\_\_\_\_

**Si el estudiante no vive con ninguno de los padres, por favor, proporcione lo siguiente:**

Nombre del Guardián: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo/Departamento: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, DE VUELTA Y LLENE LA PARTE DE ATRÁS DE ESTA FORMA**

# FORMA PARA EMERGENCIAS

Nombre Legal del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

*Otros Contactos para Emergencias:* Los padres serán contactados primero desde la información al frente de la forma. Se necesita otras personas para llamar de emergencia –Incluya primer nombre y apellido y por favor, sea tan específico como sea posible.

**Por favor, no incluya los nombres de los Padres** -(información al frente de la forma)

No. Teléfono	Primer Nombre y Apellido	Dirección	Relación con el estudiante
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Por este medio, yo autorizo al personal de la escuela a llamar al doctor o dentista mencionado aquí si una emergencia existe y no puedo ser contactado.

Doctor	Teléfono	Dentista	Teléfono
--------	----------	----------	----------

Por este medio, yo autorizo a las autoridades de la escuela a transportar a mi niño al hospital en coche o en ambulancia y/o a recibir servicio médico de emergencia. El Distrito Escolar Turner y sus empleados se mantendrán libres de toda responsabilidad.

Fecha	Firma del Padre/Guardián
-------	--------------------------

Si los estudiantes deben ser enviados temprano a casa debido a las condiciones del clima o a la amenaza de una bomba, ¿A dónde quiere que su niño sea enviado? (Casa, abuelos, etc.)

Teléfono	Nombre	Dirección	Relación
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____

Por favor, marque abajo todo lo que aplica a su estudiante:

Usa anteojos \_\_\_\_\_ Lentes de Contacto \_\_\_\_\_ Comentarios \_\_\_\_\_  
Dificultades para Escuchar \_\_\_\_\_ Comentarios \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_ Si es sí, ¿Cuáles son? \_\_\_\_\_

Dolores de Cabeza \_\_\_\_\_ Si es sí, ¿Qué tan frecuentemente? \_\_\_\_\_

¿Hay algún problema de salud o físico del cual la escuela necesite de estar enterada ? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información que usted crea pudiera ser útil? \_\_\_\_\_

Entiendo que los adultos (Madre, Padre, Guardián) enlistados arriba recibirán copias de los reportes académicos y de comportamien del estudiante. Si alguno o ambos padres no tienen derechos legales a esta información, por favor, proporciónenos una copia del documento de la corte que niega al padre esta información.

\*Firma de la Persona quién completó esta forma \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_