

ESCUELAS DEL CONDADO ROCKINGHAM

NÚMERO DE ESTUDIANTE: _____
 AÑO ESCOLAR: _____
 MAESTRO REGULAR: _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE
 (Revisado- 2/3/2017)

TRANSPORTE: ____AM ____PM
 (B=Bus, C=Coche, Y=YMCA, D=Guardián)
 BUS # _____AM ____PM

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ APODO: _____
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

SEXO: M ____ F ____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ TELÉFONO: (____) _____ GRADO: _____

ETNICIDAD (INDIQUE UNO): Hispánico/Latino Non-Hispánico

RAZA (INDIQUE UNO O MAS): Black White Asiática Hawaiano/Isleño pacifico Nativo Americano Indígena/Alaska

** Nota #1 Hispano hace referencia a un Grupo Étnico y no una Raza; por lo tanto se deberá seleccionar uno o más razas entra las opciones dadas para los estudiantes que seleccionen el grupo étnico Hispano/ Latino.*

** Nota #2 "Multé-Racial" ya no se considera una categoría de raza; por lo tanto, se deberá seleccionar una, o más, categorías de raza entre las opciones dadas.*

DIRECCIÓN: _____
(NÚMERO DE CASA) (NOMBRE DE LA CALLE O CAMINO) (# DE APARTAMENTO)

_____ (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

Suministrar documentación incorrecta o falsa sobre su lugar de residencia hará que el estudiante sea inmediato excluido de la escuela.

INDIQUE SOLO SI LA SITUACIÓN APLICA A USTED O SU HIJO/A:

Mi hijo/a y yo vivimos con un amigo/a, o pariente porque perdimos nuestro hogar o no podemos proporcionar un hogar.

Mi hijo/a y yo vivimos en un motel, o terreno de campamento debido a la falta de no tener un alternativo adecuado.

Mi hijo/a y yo vivimos en un refugio de emergencia, refugio de transición, o refugio de violencia doméstica.

La residencia primaria de mi hijo/a y yo, por la noche es en un lugar público o privado que no es diseñado o usualmente usado como un alojamiento de dormir para un humano.

Mi hijo/a está en custodia del departamento de servicios sociales.

Si indico unas de las opciones puede calificar por servicios por parte del McKinney-Vento 2001 Reauthorization Act.

IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR: _____

EL ESTUDIANTE VIVE CON (NOMBRE): _____

Indique la relación de la persona del nombre anterior al estudiante:

Padres ____ Solo la Madre ____ Solo el Padre ____ Abuelos ____ Guardián ____ Papa/Padrastra ____ Mama/Madrastra ____ Otro/a ____

¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE? _____
(PADRES, ABUELOS, GUARDIÁN, ETC)

** Si usted NO es el padre/madre del alumno, tiene CUSTODIA LEGAL del niño/a? Sí _____ NO _____

** Si su respuesta es SÍ, tiene la documentación legal disponible? Sí _____ NO _____

(INDIQUE UNO)
MADRE/MADRASTRA/GUARDIÁN: _____
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE)

DE TELÉFONO DE CASA: (____) _____ # DE TELÉFONO CELLULAR (____) _____ CORREO ELECTRONICO: _____

DIRECCIÓN: _____
(# DE CASA) (NOMBRE DE LA CALLE O CAMINO) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

IDIOMA QUE PREFIERE: _____ **EDUCACIÓN (ÚLTIMO GRADO TERMINADO)** _____

LUGAR DE EMPLEO: _____ # DE TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

(INDIQUE UNO)
PADRE/PADRASTRO/ GUARDIÁN: _____
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE)

DE TELÉFONO DE CASA: (____) _____ # DE TELÉFONO CELLULAR (____) _____ CORREO ELECTRONICO: _____

DIRECCIÓN: _____
(# DE CASA) (NOMBRE DE LA CALLE O CAMINO) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

IDIOMA QUE PREFIERE: _____ **EDUCACIÓN (ÚLTIMO GRADO TERMINADO)** _____

LUGAR DE EMPLEO: _____ # DE TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

** **ESTADO CIVIL DE LOS PADRES:** CASADOS ____ DIVORCIADOS ____ SEPARADOS ____ SOLTEROS ____ VIUDO/A ____
 ¿Si hay asuntos sobre la CUSTODIA, ha entregado los documentos actualizados de la corte para nuestros archivos? Sí _____ NO _____

CUANDO LOS ALUMNOS DEBEN DE SALIR DE LA ESCUELA TEMPRANO DEBIDO AL TIEMPO MALO U OTRAS CIRCUNSTANCIAS, QUÉ FORMA DE TRANSPORTE DESEA PARA SU HIJO/A? VIAJARÁ EN AUTO FAMILIAR, EN AUTOBUS, IRÁ A LA GUARDERÍA, AL YMCA?

POR FAVOR DESCRIBA DIRECCIONES A SU HOGAR SALIENDO DE LA ESCUELA:

POR FAVOR NOMBRE TRES PERSONAS EN ORDEN DE PREFERENCIA A QUIENES PODEMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA Y QUE USTED AUTORIZA QUE RECOGEN AL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA SI NO PODEMOS CONTACTAR A SUS PADRES EN CASO DE UN EVENTO DE EMERGENCIA COMO UN ACCIDENTE, TIEMPO MALO, ENFERMEDAD, ETC. ASUMIREMOS QUE ESTAS PERSONAS PUEDEN RECOGER A SU HIJO/A DE LA ESCUELA DURANTE LOS HORARIOS REGULARES O SI VAN EN AUTO POR LA TARDE. ES POLIZA RCS QUE LA PERSONA RECOGIENDO AL ESTUDIANTE TENGA UNA FORMA DE IDENTIFICACIÓN VALIDA PARA SACAR AL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA.

NOMBRE: _____ RELACIÓN AL NIÑO/A: _____ TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____

.....
INFORMACIÓN MEDICAL

NOMBRE DEL DOCTOR: _____ # DE TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL DENTISTA: _____ # DE TELÉFONO: _____

HOSPITAL PREFERIDO: _____ # DE TELÉFONO: _____

NOMBRE DE COMPAÑÍA DE SEGURO: _____ # DE POLIZA: _____

LISTA DE ALERGIAS O PROBLEMAS DE SALUD QUE TIENE SU HIJO/A: _____

¿SU HIJO/A TOMA MEDICINAS REGULARES? SÍ _____ NO _____ MEDICINAS: _____

¿SU HIJO/A TENDRÁ QUE TOMAR MEDICACIONES DURANTE LA ESCUELA? SÍ _____ NO _____

(Si indico SÍ, por favor pida y llene un formulario dando permiso para administrar medicina)

¿LA ACTIVIDAD FISICA DE SU HIJO/A ESTÁ RESTRINGIDA POR ALGUNA RAZON? SÍ _____ NO _____ SI INDICO SÍ, POR FAVOR, EXPLIQUE:

¿HA SUFRIDO SU HIJO/A DE UNA CONCUSIÓN EN EL ULTIMO AÑO? SÍ _____ NO _____

(Si indico SÍ, por favor describa cuando pasó y si hay algunos síntomas actuales)

.....
POR FAVOR, ESCRIBA LOS NOMBRES DE LOS OTROS NIÑOS/AS QUE VIVEN EN EL HOGAR: # DE HERMANOS: _____ # DE HERMANAS: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ NOMBRE: _____ EDAD: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ NOMBRE: _____ EDAD: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ NOMBRE: _____ EDAD: _____

¿COMO VENDRÁ EL NIÑO/A A LA ESCUELA? AUTO _____ AUTOBUS _____

SI VA A USAR EL AUTOBUS, INDIQUE:

LA DIRECCIÓN DE DONDE SERÁ RECOGIDO POR LAS MAÑANAS: _____

LA DIRECCIÓN DE DONDE SERÁ DESCARGADO POR LA TARDE: _____

.....
¿SE HA MOVIDO O REUBICADO EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS PARA OBTENER TRABAJO TEMPORAL? SÍ _____ NO _____

¿SU HIJO/A SE ESTÁ TRANSFIRIENDO DE OTRA ESCUELA? SÍ _____ NO _____

SI INDICO SÍ, DÉ LA RAZON: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: _____ # DE TELÉFONO: _____

¿HA SU HIJO/A ESTADO INSCRIBIDO EN UNA ESCUELA PUBLICA DEL ESTADO DE NORTE CAROLINA? SÍ _____ NO _____

(Si su repuesta es NO, por favor pide un formulario de EVALUACIÓN DE SALUD- OBLIGATORIO por todas nuevas inscripciones a una escuela del estado)

¿SU HIJO/A SE HA MATRICULADO EN UNA ESCUELA DEL CONDADO DE ROCKINGHAM ANTES? SÍ _____ NO _____

SI SU REPUESTA FUE SÍ, DÉ EL NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ AÑO QUE SE MATRICULO: _____

AUTORIZO QUE LA ESCUELA BRINDA SERVICIOS DE EMERGENCIA A MI HIJO/A SI ES NECESARIO.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN: _____ FECHA: _____