



**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE**

<b>USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE</b>	
Fecha de Entrada ____/____/____	Grado ____ Salón Hogar _____
Lista de Comprobación de Registros:	
<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento*	<input type="checkbox"/> Certificado Universal de Vacunas de Luisiana*
<input type="checkbox"/> Formulario de Retiro/Boleta de grado*	<input type="checkbox"/> Documentos de Custodia* <input type="checkbox"/> Transcripciones (HS)
<input type="checkbox"/> Prueba de Domicilio 1*	<input type="checkbox"/> Puntajes de Prueba Estándares <input type="checkbox"/> Archivos de Disciplina
<input type="checkbox"/> Prueba de Domicilio 2*	<input type="checkbox"/> IEP/Formulario de Evaluación <input type="checkbox"/> 504/IAP
Otro: _____	* Artículos Requeridos

Ultima escuela que asistió: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Parroquia: \_\_\_\_\_

<b>Encuesta sobre el Lenguaje del Hogar</b>	
Se habla otro lenguaje en casa que no sea el Ingles?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Cual lenguaje? _____
Se comunica su hijo/a en otro lenguaje que no sea el Ingles?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Cual lenguaje? _____)
Si contesto si , Cual lenguaje su hijo/a aprendió primero?	_____
Si es otro lenguaje que no es el Ingles, en cual lenguaje le gustaría a usted recibir información de la escuela?	_____

<b>INFORMACION DEL ESTUDIANTE</b>			
Apellido:		Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Dirección:		Ciudad:	Código Postal:
Apodo	Grado:	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:
Etnicidad del Estudiante: <i>(Marque la que le corresponda. Si marca mas de una, encierre la raza que quiere que registremos coma la primera)</i>			
<input type="checkbox"/> 0 Blanco <input type="checkbox"/> 1 Negro <input type="checkbox"/> 2 Hispano <input type="checkbox"/> 3 Asiático <input type="checkbox"/> 4 Indio Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico			
Transportación: <input type="checkbox"/> Caminante/Recogido <input type="checkbox"/> Vehículo del Estudiante <input type="checkbox"/> Autobús Escolar <input type="checkbox"/> Autobús de Educación Especial			
<input type="checkbox"/> Programa escolar de Cuidado Infantil Después de la Escuela <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Marque las que le correspondan: Servicios de Educación Especial/El Estudiante tiene un IEP (Excepcionalidad _____)			
Recibe Acomodaciones 504 El estudiante esta fuera de su zona de asistencia (Razón: _____)			
Liste cualquier condición de salud, alergias, medicamentos, o restricciones de dieta que debamos saber: _____			
Experiencia de Educación Previa hasta Jardín Infantil (Completar si se esta registrando parar un programa preescolar o Jardín de niños) Seleccionar 1:			
<input type="checkbox"/> (K01) Programa Preescolar Público <input type="checkbox"/> ( K02) Programa Preescolar NO Público <input type="checkbox"/> (K03) Cuidado de Infantil con Licencia			
<input type="checkbox"/> (K04) Programa de Cuidado Infantil en casa <input type="checkbox"/> (K05) Programa de Educación Pre Escolar <input type="checkbox"/> (K06) Tribal <input type="checkbox"/> (K07) En Casa (no Pre-escolar)			

INFORMACION DEL PADRE				Vive con el estudiante : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Apellido:		Primer Nombre		Segundo Nombre:	
Dirección (si diferente del estudiante):			Ciudad:		Código Postal:
Casa	Trabajo:	Celular:	Correo Electrónico:		
Fecha de Nacimiento:		Negar acceso al Centro de Progreso del Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

INFORMACION DE LA MADRE				Vive con el estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Dirección (si diferente del estudiante):			Ciudad:		Código Postal:
Casa:	Trabajo:	Celular:	Correo Electrónico		
Fecha de Nacimiento		Negar acceso al Centro de Progreso del Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

INFORMACION DEL GUARDIAN					
<b>(Completar solamente si el estudiante reside con alguien otro que no sea uno de los padres biológicos)</b>					
<input type="checkbox"/> Padrastrós <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padres de Crianza <input type="checkbox"/> Otro( Especificar) _____					
Apellido:		Primer Nombre		Segundo Nombre:	
Dirección: (si diferente del estudiante):			Ciudad:		Código postal:
Casa:	Trabajo:	Celular:	Correo Electrónico		

CONTACTOS DE EMERGENCIA					
#1 Apellido:		Primer Nombre:		Parentesco:	
Dirección:			Ciudad:		Código postal:
Tiene permiso se sacar a mi hijo/a de la escuela: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Casa:	Trabajo:	Celular	
#2 Apellido		Primer Nombre:		Parentesco:	
Dirección:			Ciudad:		Código Postal
Tiene permiso de sacar a mi hijo/a de la escuela <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Casa	Trabajo:	Celular:	
#3 Apellido		Primer Nombre:		Parentesco:	
Dirección			Ciudad:		Código Postal:
Tiene permiso de sacar a mi hijo/a de la escuela: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Casa:	Trabajo:	Celular	

MIGRANT EDUCATION SURVEY	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    en los últimos tres años, alguien en su hogar ha hecho algún trabajo de agricultura o de pesca?	