

Número de estudiante		Calificación	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V		Fecha de hoy		Escuela	
Apellido legal		Nombre legal			Segundo nombre		Nombre preferido	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Ciudad	Estado		País		Certificado de nacimiento verificado	
Distrito legal de residencia <input type="checkbox"/> Distrito Escolar Minocqua J1 <input type="checkbox"/> Otro						Comprobante de domicilio		
INFORMACIÓN DE HERMANOS								
¿Tiene otros hijos que residen en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, indique el nombre y la relación con el estudiante a continuación:								
Nombre:		Relación:		Nombre:		Relación:		
Nombre:		Relación:		Nombre:		Relación:		
INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR								
que vive con: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Solo madre <input type="checkbox"/> Solo padre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> Madre/Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Otro(s) tutor(es)								
PRIMARIO FAMILIAR		TUTOR 1 (Legal)		Primero		MI	Idioma hablado	
Padre/Tutor donde vive el estudiante Reside Se utilizarán direcciones de correo electrónico y números de teléfono para brindar asistencia en caso de emergencia mensajes	Teléfono de casa ()		Teléfono del trabajo ()		Teléfono móvil ()		Dirección de correo electrónico	
	Lugar de trabajo				Militar activo o empleado federal: <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> Infantes de Marina <input type="checkbox"/> Marina <input type="checkbox"/> Guardia Nacional de Washington <input type="checkbox"/> Otros			
	Ocupación/Unidad				Rango			
	Dirección de residencia		Apartamento #/Complejo		Ciudad		Estado	CELESTIALITY
	Dirección postal		Igual que la dirección del residente N.º de apto./Complejo		Ciudad		Estado	CELESTIALITY
	GUARDIÁN 2 (Legal)		Primero		MI	Idioma hablado		
Teléfono de casa ()		Teléfono del trabajo ()		Teléfono móvil ()		Dirección de correo electrónico		
Lugar de trabajo						Militar activo o empleado federal: <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> Infantes de Marina <input type="checkbox"/> Marina <input type="checkbox"/> Guardia Nacional de Washington <input type="checkbox"/> Otros		
Ocupación/Unidad						Rango		
Complete esta sección solo si el estudiante tiene un padre/tutor legal que <u>NO</u> vive en la dirección anterior.								
SEGUNDO FAMILIAR		Apellido (Legal)		Primero		MI	Idioma hablado	
Padre/Tutor donde vive el estudiante Reside Se utilizarán direcciones de correo electrónico y números de teléfono para brindar asistencia en caso de emergencia mensajes	Dirección de la calle		Apartamento #/Complejo		Ciudad		Estado	CELESTIALITY
	Parentesco con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otros				Teléfono: Trabajo Inicio Celular			
	Lugar de trabajo						Militar activo o empleado federal: <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> Infantes de Marina <input type="checkbox"/> Marina <input type="checkbox"/> Guardia Nacional de Washington <input type="checkbox"/> Otros	
	Ocupación/Unidad						Rango	
	Apellido (Legal)		Primero		MI	Idioma hablado		
	Dirección de la calle		Apartamento #/Complejo		Ciudad		Estado	CELESTIALITY
Parentesco con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otros						Teléfono: Trabajo Inicio Celular		
Lugar de trabajo						Militar activo o empleado federal: <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> Infantes de Marina <input type="checkbox"/> Marina <input type="checkbox"/> Guardia Nacional de Washington <input type="checkbox"/> Otros		
Ocupación/Unidad						Rango		
¿HAY UN PLAN DE CRIANZA VIGENTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, se debe archivar en la escuela una copia certificada del plan más reciente para su cumplimiento. La inscripción El padre/tutor legal deberá proporcionar el documento original para copiarlo en la escuela, o deberá proporcionar una copia certificada a la escuela. ¿HAY UNA ORDEN DE RESTRICCIÓN VIGENTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, se debe archivar una copia certificada de la orden en la escuela para su cumplimiento. El padre/tutor legal que inscriba al niño deberá proporcionar el documento original para su copia en la escuela, o deberá proporcionar una copia certificada a la escuela. La orden de restricción es contra: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro								

LENGUAJE Y TRASFONDO CULTURAL

Primer idioma aprendido ☐Inglés ☐Otro _____ Idiomas hablados en el hogar ☐Inglés ☐Otro _____

Idioma que el estudiante usa con más frecuencia ☐Inglés ☐Otro _____

Raza y etnicidad: responda las preguntas 1 y 2.

1. ¿Este estudiante es hispano o latino? (elijá solo una opción) ☐Sí, hispano o latino ☐No, no es hispano ni latino
(Se consideran hispanas o latinas las personas de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, u otro, independientemente de su raza.)

2. ¿Este estudiante es: (elige uno o más, debes seleccionar al menos uno)
☐Indio americano o nativo de Alaska ☐Asiático ☐Negro o afroamericano ☐Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico ☐Blanco

NECESIDADES EDUCATIVAS ÚNICAS

Servicios de educación especial/IEP (marque todos los que correspondan) ☐El estudiante tiene un IEP actual ☐Autismo ☐Habla y lenguaje ☐Discapacidades emocionales
☐Discapacidades intelectuales ☐Discapacidad específica del aprendizaje _____ ☐Discapacidad visual ☐Discapacidad auditiva ☐Otro
impedimento de salud _____

Servicios educativos (marque todos los que correspondan) ☐Servicios de intervención de lectura ☐Servicios de lenguaje escrito ☐Servicios de intervención de matemáticas
☐Servicios de intervención conductual ☐Servicios para superdotados y talentosos - Área: _____

ESCUELAS ANTERIORES

Escuela anterior a la que asistió	Ciudad	Estado	Fecha de entrada	Fecha de salida
-----------------------------------	--------	--------	------------------	-----------------

CONTACTOS DE EMERGENCIA AUTORIZADOS PARA RECOGER A SU NIÑO

Quando ocurre una situación de emergencia que involucra a su hijo y no podemos comunicarnos con un padre/tutor, indique las personas que están disponibles para recoger a su hijo.

Apellido	Primero	Relación con el estudiante	Idioma hablado <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____
DIRECCIÓN	Ciudad	Estado	Cronología
Lugar de trabajo	Teléfono de casa ()	Teléfono del trabajo ()	
Dirección de correo electrónico		Teléfono móvil ()	

Apellido	Primero	Relación con el estudiante	Idioma hablado <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____
DIRECCIÓN	Ciudad	Estado	Cronología
Lugar de trabajo	Teléfono de casa ()	Teléfono del trabajo ()	
Dirección de correo electrónico		Teléfono móvil ()	

INFORMACIÓN MÉDICA/SALUD

Nombre del doctor	Teléfono ()	Nombre del dentista	Teléfono ()
-------------------	-----------------	---------------------	-----------------

Hospital preferido ☐Ascension (Howard Young) ☐Aspirus ☐Marshfield ☐Otro _____

Alergias y problemas de salud:

NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA/SALUD

Marque todas las opciones que correspondan. ☐Trastorno por déficit de atención ☐Asma ☐Usa inhalador ☐Diabetes ☐Alergias ☐Epilepsia/convulsiones ☐Plan 504 archivado en la escuela anterior ☐Discapacidades físicas _____ ☐Otro _____

¿Las autoridades escolares cuentan con el consentimiento de los padres para administrar Tylenol o ibuprofeno? ☐Sí ☐No (La dosis será apropiada para la edad y el peso según las instrucciones del fabricante).

¿Las autoridades escolares cuentan con el consentimiento de los padres para buscar tratamiento médico en caso de emergencia? ☐Sí ☐No

Firma del padre/madre _____ Fecha: _____

PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA

1. En caso de que mi hijo se lesione o se enferme gravemente y no se pueda contactar a ninguna persona responsable del hogar, por la presente delego al director o al agente delegado de la escuela para hacer lo que sea mejor para el interés de mi hijo.

2. En caso de que mi hijo sufra una lesión grave o se enferme gravemente, por la presente delego al director o al agente delegado de la escuela para que solicite una ambulancia.
Lanza como primer procedimiento de emergencia.

Persona que inscribe al estudiante
Nombre _____ Firma _____
(Por favor imprimir)

Parentesco con el estudiante _____ Fecha _____