



ALUMNO INSCRIPCIÓN

No escriba en áreas sombreadas

TRANSPORTE
 Autobús _____ Caminar Recogida por los padres

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

 Distrito Escolar Minocqua J1 Otro

Comprobante de domicilio

INFORMACIÓN DE HERMANOS

¿Tiene otros hijos que residen en casa? Sí 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: Ambos padres Solo madre Solo padre Abuelos Padre/Madrastra Madre/Padrastro Tutor
 Agencia Yo mismo Otro(s) tutor(es) _____

PRIMARIO FAMILIAR	TUTOR 1	(Legal)	Primer	MI	Idioma hablado	
	Teléfono de casa ()	Teléfono del trabajo ()				Teléfono móvil ()
Padre/Tutor donde vive el estudiante Reside Se utilizarán direcciones de correo electrónico y números de teléfono para brindar asistencia en caso de emergencia e información.	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 Rango _____			
	Ocupación/Unidad _____					
	Dirección de residencia _____		Apartamento #/Complejo Ciudad _____		Estado _____	CREMALLERA
	Dirección postal <input type="checkbox"/> Igual que la dirección del residente N.º de apto./Complejo Ciudad _____				Estado _____	CREMALLERA
mensajes	GUARDIÁN 2 <small>Apellido (Legal)</small>		Primer	MI	Idioma hablado	
	Teléfono de casa ()		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 Rango _____			
	Ocupación/Unidad _____					

Complete esta sección solo si el estudiante tiene un parente/tutor legal que NO vive en la dirección anterior.

SEGUNDO FAMILIAR	Apellido (Legal)		Primer	MI	Idioma hablado
	Dirección de la calle	Apartamento #/Complejo Ciudad			
Padre/Tutor donde vive el estudiante Reside Se utilizarán direcciones de correo electrónico y números de teléfono para brindar asistencia en caso de emergencia e información.	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 Rango _____		
	Ocupación/Unidad _____				
	Apellido (Legal)		Primer	MI	Idioma hablado
mensajes	Dirección de la calle _____		Apartamento #/Complejo Ciudad	Estado _____	CREMALLERA
	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 Rango _____		
	Ocupación/Unidad _____				

¿HAY UN PLAN DE CRIANZA VIGENTE? Sí No En caso afirmativo, se debe archivar en la escuela una copia certificada del plan más reciente para su cumplimiento. La inscripción

El parente/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? Sí No En caso afirmativo, se debe archivar una copia certificada de la orden en la escuela para su cumplimiento. El parente/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: Madre Padre 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? (elija 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 emocionalesDiscapacidades 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 matemáticasServicios 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

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

Apellido	Primer	Relación con el estudiante	Idioma hablado <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/>
			Otro _____

DIRECCIÓN	Ciudad	Estado	Cremallera
-----------	--------	--------	------------

Lugar de trabajo	Teléfono de casa ()	Teléfono del trabajo ()
------------------	-------------------------	-----------------------------

Dirección de correo electrónico	Teléfono móvil ()
---------------------------------	-----------------------

Apellido	Primer	Relación con el estudiante	Idioma hablado <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/>
			Otro _____

DIRECCIÓN	Ciudad	Estado	Cremallera
-----------	--------	--------	------------

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 Discapacidadesfísicas _____ 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 lesioné 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 _____