

Official Use Only

ZONA ESCOLAR

ESCUELAS CONDADO PUTNAM INSCRIPCION DE ESTUDIANTE

(Letra de imprenta)

Official Use Only

Fecha de Hoy:

Escuela:

Grado:

INFORMATION DE ESTUDIANTE

								<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
(Apellido)		(Primer Nombre)		(Segundo Nombre)		(Nombre Preferido)			
Numero Seguro Social	Fecha Nacimiento	Ciudad - Nació	Condado -Nació	Estado-Nació	País-Nació	Nombre de Mamá			
Dirección Actual:			Apt/Lot # (si aplica)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Tel. Casa # ()		
Dirección: <input type="checkbox"/> La misma de arriba			Apt/Lot # (si aplica)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:			
Raza:	<input type="checkbox"/> Afro Americano	<input type="checkbox"/> Indio Am. y Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiian/Otras Islas Pacifico	<input type="checkbox"/> Blanco			
Lenguaje Nativo	Primer Lenguaje	Lenguaje que se habla en casa?	Que lenguaje se habla mas?		En que lenguaje lees en casa?				
Transportación:	<input type="checkbox"/> AM Bus	<input type="checkbox"/> PM Bus	# de Millas de casa _____	Bus # _____	<input type="checkbox"/> Recogido-Carro	<input type="checkbox"/> Camina	<input type="checkbox"/> SAC	<input type="checkbox"/> Daycare Bus	
Escuela que Atendió:			Distrito:		Estado:				

INFORMATION MEDICA

Servicios especiales, si los hay, recibió el estudiante el año pasado?		Listarlos:							
Recibirá medicina el estudiante en la escuela?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Listarlos:					
Alergias?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Listarlas:						
Listar otra condición medica:									

INFORMATION DE EMERGENCIA

Quien tiene custodia de estudiante? <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Otro:									
Con quien vive el estudiante? <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Otro:									
<u>Mamá</u>					<u>Papá</u>				
Nombre:					Nombre:				
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Tel. de Casa #	Tel. Celular #	Tel. Trabajo #			Tel. de Casa #	Tel. Celular #	Tel. Trabajo #		
Empresa:					Empresa:				
Correo Electrónico Mamá:					Correo Electrónico Papá:				

INFORMATION DE HERMANOS

Nombre	Escuela	Grado	Nombre	Escuela	Grado

CONTACTOS LOCALES DE EMERGENCY

Contacto Local Emergencia (que no sean los padres)	Relación	Tel. casa #	Tel. Celular #	Tel. Trabajo #
		()	()	()
		()	()	()
		()	()	()

Firma de Padre/Tutor _____

Fecha _____

Encuesta para Familias sin Hogar: Donde el niño se queda en la noche?(Marca una respuesta por favor.)

Casa/apartamento dueño o rentado por el padre/tutor
 Con familiares o amigos (familia no tiene residencia)
 en un refugio
 en un motel
 en un automóvil
 en un campo
 en una vivienda inadecuada (sin agua, sin electricidad, etc.)
 Otro alojamiento (por favor)