

2018-2019 Escuelas del Condado de Boone

Inscripción de estudiante / Información en caso de emergencia

Office Use Only / Solo para uso de la oficina

School _____
Start Date _____
Teacher _____

Nombre legal del estudiante (En letra de molde): _____ Sufijo _____
(Apellido) (Nombre) (2do nombre) (Jr., II, etc.)

Grado: _____ Fecha nacimiento _____ Masculino Femenino N.º Seguro Social (Opcional) _____

¿Su hijo(a) repitió un grado? Sí No Si contestó Sí, ¿qué grado? _____

Lugar de nacimiento: _____
(País) (Condado) (Estado)

Dirección del estudiante: _____
(Calle) (N.º apto) (Ciudad) (Estado) (Cód. postal)

(Marcar solo si corresponde*) Refugio Motel Casa o apartamento compartido con amigos o familiares Amigos/Familiar (que no es padre/madre/tutor)
**Si corresponde, complete un Cuestionario de residencia (704 KAR 7:090)*

Dirección de correo del estudiante: _____
(Calle o casilla postal y N.º apto) (Ciudad) (Estado) (Cód. postal)

No hay cambios en la dirección o número de teléfono del estudiante. Padre/madre/tutores, escribir iniciales aquí _____

Etnicidad: ¿Su hijo(a) es hispano(a)/latino(a)? Sí No

Raza del estudiante: Blanca Blanca o afroamericana Asiática
(Marque todo lo que corresponda) Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico Indígena americano o nativo de Alaska

Categorías de raza/grupo étnico

- Blanca (no hispánica)-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, África del Norte o Medio Oriente
- Negra/Afroamericana-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- Hispana/Latina-Una persona de cultura de origen mexicana, puertorriqueña, cubana, de América Central o América del Sur u otra cultura de origen español, sin importar la raza
- Asiática-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, Sudeste de Asia o el subcontinente indio.
- Islas del Pacífico-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- Indígena americano o nativo de Alaska-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte o América del Sur y que mantiene identificación cultural mediante afiliación tribal o apego a la comunidad.

Ciudadano de EE UU: Sí No Si contestó No, país de residencia: _____ Migrante Inmigrante Refugiado: (País) _____

Última escuela a la que asistió: _____ Escuela de Kentucky: Sí No

Último día que asistió: _____ N.º teléfono escuela: (____) _____

Dirección de la escuela: (Ciudad) _____ (Condado) _____ (Estado) _____

Padres/Tutores que viven en el mismo hogar que el estudiante

Nombre legal: _____	Nombre legal: _____
Fecha nacimiento: _____	Fecha nacimiento: _____
Relación con el estudiante: _____	Relación con el estudiante: _____
Teléfono: Hogar (____) _____	Teléfono: Hogar (____) _____
Trabajo: (____) _____	Trabajo: (____) _____
Correo electrónico: _____	Correo electrónico: _____

Hermanos que viven en el mismo hogar que el estudiante

Nombre legal: _____	Nombre legal: _____
Sufijo: _____	Sufijo: _____
Fecha nacimiento: _____	Fecha nacimiento: _____
Sexo: _____	Sexo: _____
Grado: _____	Grado: _____
Nombre de escuela del Condado de Boone: _____	Nombre de escuela del Condado de Boone: _____

Nombre legal: _____
 Sufijo: _____
 Fecha nacimiento: _____
 Sexo: _____
 Grado: _____
 Nombre de escuela del Condado de Boone: _____

Nombre legal: _____
 Sufijo: _____
 Fecha nacimiento: _____
 Sexo: _____
 Grado: _____
 Nombre de escuela del Condado de Boone: _____

Padres/tutores que viven en una dirección diferente a la del estudiante

¿Este padre/madre/tutor tiene custodia compartida?

 ¿Este padre/madre/tutor debería recibir información de la escuela?

 ¿Esta persona tiene acceso legalmente restringido a este estudiante?

 (Se DEBE entregar a la escuela una copia de la orden judicial.)
 Nombre legal: _____
 Fecha nacimiento: _____
 Relación con el estudiante: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____
 Teléfono: Hogar () _____ Trabajo: () _____
 Celular: () _____
 Correo electrónico: _____

¿Este padre/madre/tutor tiene custodia compartida?

 ¿Este padre/madre/tutor debería recibir información de la escuela?

 ¿Esta persona tiene acceso legalmente restringido a este estudiante?

 (Se DEBE entregar a la escuela una copia de la orden judicial.)
 Nombre legal: _____
 Fecha nacimiento: _____
 Relación con el estudiante: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____
 Teléfono: Hogar () _____ Trabajo: () _____
 Celular: () _____
 Correo electrónico: _____

Servicios especiales

¿Este estudiante tiene necesidades especiales o recibe servicios de educación especial? Sí No
 ¿El estudiante tiene un Plan 504? Sí No
 ¿El estudiante recibe servicios de Título I? Sí No
 ¿El estudiante recibe servicios para el habla? Sí No
 ¿El estudiante fue identificado formalmente como talentoso? Sí No

Transporte

Transporte primario a la escuela (marque todo lo que corresponde): Automóvil Camina Autobús escolar N.º autobús: _____
 (asignado por personal del distrito escolar)
 Transporte de BCS: A.M. P.M. A.M y P.M. Más de 1 milla Menos de 1 milla Ninguno
 Cuidados durante el día: _____

Idioma

¿El inglés es el idioma que se habla **con más frecuencia** en el hogar? Sí No, ¿qué idioma? _____
 ¿Su hijo(a) aprendió inglés cuando **empezó** a hablar? Sí No, ¿qué idioma? _____
 ¿Su hijo(a) habla inglés en el hogar **con más frecuencia** que otros idiomas? Sí No, ¿qué idioma? _____
 ¿El inglés es el idioma que se habla al niño **con más frecuencia** en el hogar? Sí No, ¿qué idioma? _____
 (Si alguna de las respuestas anteriores no es "inglés", complete la "Encuesta de idioma en el hogar")

Información médica

Indique e identifique afecciones de salud (como alergias severas, afecciones médicas crónicas y/o alergias a medicamentos):

*Según las regulaciones del estado, cualquier estudiante con una afección de salud (como asma, alergias, diabetes, crisis tipo convulsiva, etc.) debe tener un plan de atención de la salud en los archivos. Para obtener más información, contacte a la enfermera de la escuela o administrativo de salud.

Medicación regular: _____ Dosis: _____
 Se debe tener archivado un formulario de "Autorización para dar medicación" para cualquier medicamento que se dé a un estudiante durante la jornada escolar.
 Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Doy permiso a los funcionarios de la escuela para contactar al proveedor de atención de la salud que se indica aquí:

 (Firma de padre/madre/tutor)

Información de emergencia

Si es necesario, ¿a qué hospital se debe llevar al estudiante? _____

EN UNA EMERGENCIA, si no es posible contactar al padre/madre/tutor, llamar y/o entregar a mi hijo(a) a una de las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono: (____) _____

Si hay alguna persona que NO TIENE PERMITIDO tener acceso al estudiante, indique el nombre y la relación: (Se DEBE entregar a la escuela un documento legal.)

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

La escuela no es responsable por estudiantes autorizados por el padre/la madre a abandonar la escuela durante el horario escolar o por estudiantes en la escuela primaria y media autorizados por el padre/la madre a volver en forma privada a sus hogares después de la escuela.

Si hay cambios durante el año, por favor contacte a la oficina de la escuela INMEDIATAMENTE.

Firma de padre/madre/tutor _____ Fecha: _____

Office Use Only / Solo para uso de la oficina
New Enrollment _____
Revised Enrollment _____
Office Personnel _____
Date _____