

Distrito Escolar de New London – Hoja de inscripción del estudiante

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE _____ APELLIDO PRIMER INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Entra de _____ NOMBRE DE LA ESCUELA Grado ____ DIRECCIÓN DE LA ESCUELA _____ CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO (_____) _____ - _____ DIRECCIÓN Y P.O. BOX CIUDAD CODIGO POSTAL CONDADO MUNICIPIO ESTUDIANTE DE AUTOBÚS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO POR FAVOR NOTE: SI EL ESTUDIANTE NECESITA SER RECOGIDO O DEJADO EN OTRA DIRECCIÓN QUE NO SEA SU CASA, POR FAVOR DE COMPLETAR LA SOLICITUD PARA TRANSPORTE ESPECIFICO.	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE _____ MES DÍA AÑO LUGAR DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE _____ CIUDAD ESTADO	

Todos los padres/guardianes son permitidos de visitar durante las horas escolares y son permitidos de recoger al estudiante al menos que el acceso este prohibido o restringido.

EI ESTUDIANTE VIVE CON	<input type="checkbox"/> AMBOS PADRES <input type="checkbox"/> AMBOS PADRES – CON APELLIDOS DIFERENTES <input type="checkbox"/> PADRE Y MADRASTA <input type="checkbox"/> MADRE Y PADRASTO <input type="checkbox"/> MADRE Y PADRE – COSTODIA CONJUNTA <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE SOLTERO/A <input type="checkbox"/> PADRES SUSTITUTOS	<input type="checkbox"/> VIVE CON LA MADRE; EL PADRE QUIERE COPIAS DE DOCUMENTOS ESCOLARES <input type="checkbox"/> VIVE CON EL PADRE; LA MADRE QUIERE COPIAS DE DOCUMENTOS ESCOLARES <input type="checkbox"/> MADRE, EL PADRE NO PUEDE VER AL ESTUDIANTE (DOCUMENTACIÓN REQUERIDA) <input type="checkbox"/> PADRE, LA MADRE NO PUEDE VER AL ESTUDIANTE (DOCUMENTACIÓN REQUERIDA) <input type="checkbox"/> OTRO PARIENTE <input type="checkbox"/> GUARDIAN LEGAL <input type="checkbox"/> OTRO _____	ORIGEN ÉTNICO Escoja uno o más. Debe escoger por lo menos uno. <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otra Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Blanco ¿Es el estudiante Hispano o Latino? (Escoja solo uno) <input type="checkbox"/> No es Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Sí es Hispano o Latino
LENGUAJE EN CASA: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ Por favor completa la hoja de lenguaje en casa.			

NOMBRE DEL PADRE			
APELLIDO _____	PRIMER NOMBRE _____	INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____	DIRECCIÓN Y TELÉFONO (SI ES DIFERENET AL DEL ESTUDIANTE) _____
EMPLEADOR _____	NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO _____	NÚMERO DE CELULAR _____	CORREO ELECTRÓNICO _____
NOMBRE DE LA MADRE			
APELLIDO _____	PRIMER NOMBRE _____	INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____	DIRECCIÓN Y TELÉFONO (SI ES DIFERENET AL DEL ESTUDIANTE) _____
EMPLEADOR _____	NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO _____	NÚMERO DE CELULAR _____	CORREO ELECTRÓNICO _____
PADRASTO/MADRASTA, GUARDINA LEGAL, PADRE SUSTITUTO, OTRO			
APELLIDO _____	PRIMER NOMBRE _____	INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____	DIRECCIÓN Y TELÉFONO (SI ES DIFERENET AL DEL ESTUDIANTE) _____
EMPLEADOR _____	NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO _____	NÚMERO DE CELULAR _____	CORREO ELECTRÓNICO _____
PADRASTO/MADRASTA, GUARDINA LEGAL, PADRE SUTITUTO, OTRO			
APELLIDO _____	PRIMER NOMBRE _____	INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____	DIRECCIÓN Y TELÉFONO (SI ES DIFERENET AL DEL ESTUDIANTE) _____
EMPLEADOR _____	NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO _____	NÚMERO DE CELULAR _____	CORREO ELECTRÓNICO _____

Distrito Escolar de New London – Forma de inscripción del estudiante

OTRO NIÑOS EN LA FAMILIA: <i>Por favor escriba el apellido, primer nombre, e inicial de Segundo nombre para cada niño.</i>	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESCUELA
1.			
2.			
3.			
4.			

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA – Escriba la información de las personas que podemos contactar cuando no podamos comunicarnos con los padres/guardianes.

Sí **No** Esta persona esta autorizada para recoger al estudiante.

Relación al estudiante	Nombre	Dirección	Lugar de empleo	Número de teléfono	Número de celular u otro teléfono	Número de trabajo

INFORMACION DEL MEDICO, DENTISTA, Y DE SU SEGURO MEDICO

Nombre de la clínica	Nombre del medico	Dirección	Número de teléfono
Información de su seguro medico	Nombre del dentista	Dirección	Número de teléfono
Compañía de seguro medico: Número de póliza:			

AUTORIZACIÓN

Sí **No** Los oficiales de la escuela tienen mi/nuestro permiso de transportar o asegurar tratamiento medico para mi/nuestro hijo en caso de de una enfermedad o accidente si no nos pueden contactar. Yo/nosotros estamos de acuerdo de aceptar la responsabilidad financiera en exceso a los beneficios que permiten mi/nuestro seguro medico.

Comentario o preocupaciones que tenga sobre su hijo (medico, habla, comportamiento, etc.)

¿Quien es financieramente responsable por este estudiante? _____

Escriba el nombre del padre/guardián

Firma del padre/guardián

Fecha

OFFICE USE ONLY	
Birth Certificate	___ Yes ___ No
Baptismal Record	___ Yes ___ No
Grade: _____	
School: _____	
Date: _____	Initials: _____