

School _____ Teacher _____ Grade: _____ Area No. Entry Date: _____ Permanent ID# _____
 (Para uso de la oficina solamente)

Nombre de Estudiante: _____ Sexo: M F Nacimiento: ___/___/___ Grado: TK K 1 2 3 4 5 6 7 8
 Mes. Dia Año

Dirección _____ Teléfono () _____ Lugar de Nacimiento: _____
 Dirección Postal (Si es diferente) _____ Número Postal: _____ Número de Seguro Social _____
 Escuela Anterior _____ a la que asistió _____

¿Ha estado anteriormente su estudiante en este Distrito? Si o No: _____ ¿Año? _____ Nombre de la escuela _____ Grado _____

INFORMACION DE LOS PADRES Y/O GUARDIAN **OCCUPACION / PATRON** **TELEFONO DE TRABAJO**

Padre _____	Apellido _____	Primero _____	Ocupación _____	Patrón _____	Teléfono _____
Madre _____	Apellido _____	Primero _____	Ocupación _____	Patrón _____	Teléfono _____
Guardián _____	Apellido _____	Primero _____	Ocupación _____	Patrón _____	Teléfono _____
Otros Adultos viviendo en su casa _____	Relationship _____				

Nivel de Education del Padre (circule uno)

Padre: No se graduo de High School Graduated de High School Algo de Colegio Graduated Post Grado
 Madre: No se graduo de High School Graduated de High School Algo de Colegio Graduated Post Grado

EL ESTUDIANTE VIVE CON

(Favor de marcar √ uno)
 Padre y madre _____
 Nadamas con el Padre _____
 Nadamas con la Madre _____
 Padre y Madrastra _____
 Padre y Otra Persona _____
 Madre y Padrastra _____
 Madre y Otra Persona _____
 Padres Adoptivos _____
 Guardián Legal (Relación): _____

¿Cuál es la etnicidad de su hijo(a)?(Marcando uno)	SI	NO
Hispanic Or Latino		
¿Cuál es la raza de su hijo(a)?		
American Indian or Alaskan		
Asian		
Black or African American		
Native Hawaiian or other Pacific Islander		
White		
<i>Marcando uno o más de los cuadritos, para indicar la que consideras que es tu raza.</i>		

¿En los últimos dos años pasados, su estudiante ha participado en estos programas? _____
 (Favor de marcar los que pertenecen a su estudiante)
 Especialista de Recurso _____ Sobresalientes en _____
 Clase de Día Especial _____ Capacidad Mental _____
 Del Habla _____ Educación Fisica Adaptativ: _____
 Consejero/a _____ Escuela Alternativa _____
 Otro Explica: _____
 ¿Tiene su estudiante un IEP? Si o No ¿Año? _____
 ¿Tiene su estudiante un plan del 504? Si o No ¿Año? _____

Su estudiante ha tenido problemas con: La Vista _____ Los Oídos _____ Otra _____ Explique: _____
 ¿Ha sido su estudiante expulsado o trasladado involuntariamente? Si o No Expulsado o Traslado _____ ¿Que Grado? _____
 ¿Esta su estudiante bajo libertad vigilada? (circule uno) Si o No N/A Nombre del Oficial de Vigilancia _____