ROCKINGHAM COUNTY SCHOOLS

Fecha: _____

Maestra: _____

Nombre de la Escuela: _____ Teléfono: _____

Teléfono de emergencia: _____

Nombre del Estudiante: _____
(Apellidos) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Sexo: M____ F_____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
(Mes) (Día) (Año)

Grado: _____ Lugar de Nacimiento: _____
(Ciudad) (Estado)

Domicilio Actual: _____
(Calle) (Apto.) (Ciudad)

Direcciones para la casa: _____

_____

_____

Padres/Tutor:
(Por favor circule uno)

Nombre: (Padre)_____

Nombre: (Madre)_____

Ocupación: (Padre)_____

Ocupación (Madre)_____

Domicilio antes de mudarse a esta escuela: _____

_____

Fecha en que se mudó a esta escuela: _____
(Mes) (Día) (Año)

Se ha mudado durante los 3 últimos años para obtener trabajo temporal? Sí_____ No_____

Nombre otros niños(as) que viven en su casa:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	GRADO	ESCUELA