

ESCUELAS DEL CONDADO DE ROCKINGHAM

DE NCWISE _____
AÑO ESCOLAR _____
MAESTRA REGULAR: _____

FORMULARIO DE INFORMACION DELESTUDIANTE
(Revisado para NCWISE - 04/22/2013)

Transporte: ___AM ___PM
(B=Bus,C=Car, Y=YMCA, D=Guardería)
BUS # _____AM _____PM

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE: _____ SE LE LLAMA _____
(APELLIDOS) (PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE) (Nombre con el que se le llama)

SEXO: M ___ F ___ FECHA DE NACIMIENTO: _____ TELÉFONO: () _____ GRADO: _____

GRUPO ETNICO (Encierre en un círculo sólo uno): 1. Hispano/Latino 2. No-Hispano

RAZA (Indique una o más): Negra Blanca Asiática Hawaiana/Islands del Pacifico Nativo Americano Indígena/Alaska
* Nota #1: Hispano hace referencia a un Grupo Étnico y no una Raza; por lo tanto se deberá seleccionar una o más razas entre las opciones dadas para los estudiantes que seleccionen el grupo étnico Hispano/Latino.
* Nota #2: "Multi-Racial" ya no se considera una categoría de raza; por lo tanto, se deberá seleccionar una, o más, categorías de raza entre las opciones dadas.

DIRECCION DE SU CASA: _____
NUMERO DE LA CASA NOMBRE DE LA CALLE O CAMINO # DEL APARTAMENTO
CIUDAD ESTADO CÓDIGO ZIP

Suministrar documentación incorrecta o falsa sobre su lugar de residencia hará que el estudiante sea inmediatamente excluido de la escuela
Marque solamente si la situación siguiente aplica a Usted o a su niño:

Mi niño y yo vivimos con un amigo, pariente o con otra persona por que hemos perdido nuestra casa o no podemos pagar vivienda. Sí ___ No ___
My niño y yo vivimos en un hotel, motel, o campamento debido a la falta de alojamiento adecuado alterno. Sí ___ No ___
Mi niño y yo vivimos en un refugio de emergencia, refugio de transición, o un refugio para personas víctimas de violencia doméstica. Sí ___ No ___
Mi niño y yo tenemos una residencia principal donde pasamos la noche que es un lugar público o privado no diseñado como un alojamiento regular donde normalmente duermen los seres humanos. Sí ___ No ___
El niño está bajo la custodia del departamento de servicios sociales.
Si marcó una de las anteriores, pueda ser elegible para servicios según el Decreto de Reautorización de McKinney-Vento 2011.

IDIOMA QUE SE HABLA CON MAS FRECUENCIA EN SU CASA: _____

EL ESTUDIANTE VIVE CON: ___ LOS PADRES ___ SOLO LA MADRE ___ SOLO EL PADRE ___ LOS ABUELOS ___ GUARDIAN
___ PAPA Y MADRASTRA ___ MAMA Y PADRASTRO ___ OTRO/A
NOMBRE

¿CUAL ES SU RELACION CON EL ALUMNO? _____
(PADRE(S), ABUELO(S), REPRESENTANTE LEGAL, PADRE ADOPTIVO TEMPORAL, ETC.)

** Si usted NO es el padre/madre del alumno, tiene usted la CUSTODIA LEGAL del niño/a? SI ___ NO ___
** Si su respuesta es SI, tiene usted disponible la documentación legal de la corte? SI ___ NO ___

(POR FAVOR ENCIERRE UNA OPCIÓN EN UN CÍRCULO)
MAMA/MADRASTRA/TUTORA LEGAL: _____
(APELLIDO(S)) (PRIMER NOMBRE)

DE TELEFONO DE CASA: () _____ # DE CELULAR: () _____ E-MAIL: _____

DIRECCION: _____
(NUMERO DE LA CASA) (NOMBRE DE LA CALLE O CAMINO) (CIUDAD) (ESTADO) (ZIP)

IDIOMA QUE HABLA MAS: _____ EDUCACION (ULTIMO GRADO TERMINADO) _____

LUGAR DE TRABAJO: _____ # DE TELEFONO DEL TRABAJO: _____

(POR FAVOR ENCIERRE UNA OPCIÓN EN UN CÍRCULO)
PAPA/PADRASTRO/TUTOR LEGAL: _____
(APELLIDOS) (PRIMER NOMBRE)

DE TELEFONO DE CASA: () _____ # DE CELULAR: () _____ E-MAIL: _____

DIRECCION: _____
(NUMERO DE LA CASA) (NOMBRE DE LA CALLE O CAMINO) (CIUDAD) (ESTADO) (ZIP)

IDIOMA QUE HABLA MAS: _____ EDUCACION (ULTIMO GRADO TERMINADO) _____

LUGAR DE TRABAJO: _____ # DE TELEFONO DEL TRABAJO: _____

**ESTADO CIVIL DE LOS PADRES: CASADOS ___ DIVORCIADOS ___ SEPARADOS ___ SOLTEROS ___ VIUDO / A ___
Si hay asuntos sobre la CUSTODIA, ¿ya nos entregó usted los documentos actualizados de la corte para nuestros archivos? YES NO

*CUANDO LOS ALUMNOS DEBAN SALIR DE LA ESCUELA TEMPRANO DEBIDO AL MAL TIEMPO U OTRAS CIRCUNSTANCIAS, ¿QUÉ FORMA DE TRANSPORTE DESEA PARA SU HIJO/A? VIAJARAN EN AUTO FAMILIAR, EN AUTOBUS, IRAN A LA GUARDERIA, AL YMCA, ETC.? _____ POR FAVOR, DESCRIBA COMO LLEGAR A SU CASA DESDE LA ESCUELA:

POR FAVOR, NOMBRE POR LO MENOS A TRES PERSONAS EN ORDEN DE PREFERENCIA A QUIENES PODAMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA Y A QUIENES USTEDES AUTORIZAN PARA RECOGER A SU HIJO/A DE LA ESCUELA SI NO PODEMOS CONTACTAR A LOS PADRES EN CASO DE UN ACCIDENTE, DE MAL TIEMPO, DE ENFERMEDAD, ETC. ASUMIREMOS QU ESTAS PERSONAS PUEDEN RECOGER A SU HIJO/A DE LA ESCUELA DURANTE LAS HORAS REGULARES O SI VAN EN AUTO EN LA TARDE. .

NOMBRE: _____ RELACION CON SU HIJO/A: _____ # TELEFONO CASA _____ # DE CELULAR: _____ #. TEL.
TRABAJO _____

INFORMACION MEDICA

NOMBRE DEL DOCTOR : _____ # DE TELEFONO: _____

NOMBRE DEL DENTISTA: _____ #:DE TELEFONO: _____

HOSPITAL PREFERIDO: _____ #:DE TELEFONO: _____

NOMBRE DE COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ # DE POLIZA: _____

LISTA DE ALERGIAS O PROBLEMAS DE SALUD QUE TENGA SU HIJO/A: _____

¿SU HIJO/A TOMA MEDICINAS CON REGULARIDAD? SI _____ NO _____ ¿QUÉ MEDICINAS? _____

¿SU HIJO/A NECESITARA TOMAR MEDICINAS EN LA ESCUELA? SI _____ NO _____ (SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR, PIDA Y LLENE UN FORMULARIO DANDO PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICINA)

¿LA ACTIVIDAD FISICA DE SU HIJO/A ESTA RESTRINGIDA POR ALGUNA RAZON? SI _____ NO _____ SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR, EXPLIQUE: _____

POR FAVOR, ESCRIBA LOS NOMBRES DE LOS DEMAS NIÑOS/AS QUE VIVEN EN SU CASA: # Hermanos: _____ # Hermanas: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ NOMBRE: _____ EDAD: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ NOMBRE: _____ EDAD: _____

¿COMO VENDRA EL NIÑO/A A LA ESCUELA? VIENE EN AUTO _____ VIENE EN AUTOBUS _____

SI VA A USAR EL AUTOBUS, ESCRIBA LA DIRECCION DONDE SERA RECOGIDO EN LA MAÑANA: _____

_____ Y LA

DIRECCION DONDE SERA DESCARGADO EN LA TARDE: _____

*

¿SE HA UD. MOVIDO O REUBICADO EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS PARA OBTENER TRABAJO TEMPORAL? SI _____ NO _____

¿SU HIJO/A SE ESTA TRANSFIRIENDO DE OTRA ESCUELA? SI _____ NO _____

SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR, COMPLETE ESTA PARTE: RAZON POR LA CUAL SE TRANSFIERE: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

DIRECCION: _____ # TELEFONO: () _____

SU HIJO/A SE MATRICULO EN UNA ESCUELA DEL CONDADO DE ROCKINGHAM ANTES? SI _____ NO _____

SI SU RESPUESTA ES SI, DE EL NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ AÑO QUE SE MATRICULO _____

AUTORIZO QUE LA ESCUELABRINDE SERVICIOS DE EMERGENCIA A MI HIJO/A SI SE NECESITAN..

FIRMA DEL PADRE(S): _____ FECHA: _____