

DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE SCOTT - Inscripción Salón Principal: _____

Fecha: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre legal del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Última escuela a la que asistió: _____ Ciudad _____ Estado _____

Dirección completa donde vive el estudiante: _____
Calle / Apto., Etc. Ciudad, Estado, Código Postal

() Alquiler () Propio () Otro Dirección de correo electrónico: _____

Comprobante de residencia: Fractura con su nombre: _____, contrato de arrendamiento: _____, otra prueba: _____

Grado: _____ Género: _____ SS # (*) _____ Lugar de nacimiento: _____
* SS # - opcional, pero la copia de la tarjeta SS debe estar archivada para becas de dinero de KEES Ciudad Estado

Raza Etnicidad Hispano / Latino: Sí () No () (marque todos lo que corresponda)
() Blanco () Negro/Africano Amer. () Nativo de Hawái / Otro () Isleño del Pacífico () Asiático () Amer. Indio/nativo de Alaska

¿Cuál es el idioma más hablado en casa? _____
¿Qué idioma aprendió su hijo cuando comenzó a hablar? _____
¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia en casa? _____
¿Qué idioma habla con más frecuencia a su hijo? _____

Agricultura: ¿su familia trabaja en el campo de la agricultura? _____ Si o No

Transportación: (Marque todo lo que corresponda). Autobús por la mañana _____ Autobús por la tarde _____
Coche (por la mañana) _____ Coche (por la tarde) _____ Camina _____

¿Está inscrito el estudiante? Programa después de la escuela: Sí () No ()
Programa temprano en la mañana Sí () No ()

Enumere los arreglos de guardianes o situaciones de custodia de las que la escuela debe estar consciente: _____

Tenga en cuenta que se requieren copias de la documentación del tribunal y/o del médico en el archivo por cuestiones de salud, así como la guardián.

¿Su hijo requiere servicios especiales? Plan 504 (), IEP (), Discurso/Habla ()
Indique el médico y el número de teléfono del alumno: _____

Haga una lista de todos los problemas médicos / alergias, medicamentos, condiciones, etc., que la escuela debe conocer: _____

Haga una lista de todos los problemas médicos/ alergias, medicamentos, condiciones, etc., que la escuela debe conocer: _____

Sí () No () ¿Ha declarado el estudiante para la inscripción en este formulario, alguna vez ha sido declarado culpable y/o actualmente está suspendido o expulsado de un distrito escolar? En caso afirmativo, debe proporcionar información específica, por escrito, sobre la escuela, los eventos y los detalles antes de la inscripción. Esto puede afectar el estado de la inscripción.

Yo, como padre/guardián legal, declaro que la información contenida en ambos lados de este formulario es exacta a mi leal saber y entender. Autorizo al personal del distrito escolar a compartir información médica pertinente con el personal de la escuela, para-profesionales, entrenadores, voluntarios y personal de emergencia y para buscar asistencia médica para mi hijo, según sea necesario.

Firma: _____ Fecha: _____

El distrito escolar del condado de Scott no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad o edad en sus programas o actividades.

Contactos de emergencia: estos estarán autorizados para recoger a su hijo de la escuela, incluido el Programa extracurricular. Los nombres deben ser personas que no sean Guardianes / Padres.

Apellido		Primer nombre	Segundo nombre	Género F M	Relación con el estudiante
Numero Celular	# de Licencia para Conducir	Numero de Trabajo		Dirección	
Apellido		Primer nombre	Segundo nombre	Género F M	Relación con el estudiante
Numero Celular	# de Licencia para Conducir	Numero de Trabajo		Dirección	
Apellido		Primer nombre	Segundo nombre	Género F M	Relación con el estudiante
Numero Celular	# de Licencia para Conducir	Numero de Trabajo		Dirección	
Last Name		Primer nombre	Segundo nombre	Género F M	Relación con el estudiante
Numero Celular	# de Licencia para Conducir	Numero de Trabajo		Dirección	
Apellido		Primer nombre	Segundo nombre	Género F M	Relación con el estudiante
Numero Celular	# de Licencia para Conducir	Numero de Trabajo		Dirección	

Solo uso de oficina

- Certificado de nacimiento
 Inmunización física
 Examen de la vista
 Examen dental
 Comprobante de residencia
 Permiso para foto/AUP
 Seguridad social
 Código de conducta /
 Contrato de autobús

Revisado el 30/3/2018

Registrador _____
 Fecha _____

* Por favor complete uno por hogar

ESCUELAS DEL CONDADO SCOTT FORMA DEL HOGAR (2018-19)

Domicilio del hogar: _____ Apto # _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____
 Número de teléfono del hogar: (_____) _____

ESTUDIANTE # 1 - VIVIENDO en esta dirección con los guardianes enumerados a continuación:

NOMBRE Apellido: _____ Primero: _____ Segundo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Género: F M Grado: _____ Escuela: _____

ESTUDIANTE #2 - VIVIENDO en esta dirección con los guardianes enumerados a continuación:

NOMBRE Apellido: _____ Primero: _____ Segundo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Género: F M Grado: _____ Escuela: _____

ESTUDIANTE #3 - VIVIENDO en esta dirección con los guardianes enumerados a continuación:

NOMBRE Apellido: _____ Primero: _____ Segundo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Género: F M Grado: _____ Escuela: _____

ESTUDIANTE #4 - VIVIENDO en esta dirección con los guardianes enumerados a continuación:

NOMBRE Apellido: _____ Primero: _____ Segundo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Género: F M Grado: _____ Escuela: _____

Por favor indique los padres/guardianes que NO VIVEN con los alumnos en la PÁGINA 2

PADRE/GUARDIAN – VIVIENDO en esta dirección con el (los) estudiante (s): Militar activo: **Sí No**
 NOMBRE Apellido: _____ Primer: _____ Segundo: _____ Género: F M Fecha de nacimiento: _____
 Número de teléfono del hogar: _____
 Dirección: _____ Apto# _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Dirección de correo electrónico: _____ Número de carnet de conducir _____

Relación(s):	Padre	Padrastro	Padre Adoptivo	Guardián Legal	Especifique la relación	Acceso al Portal para	
Padre(s)						Yes	No
Estudiante # 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Yes	No
Estudiante # 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Yes	No
Estudiante # 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Yes	No
Estudiante # 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Yes	No

PADRE/GUARDIAN – VIVIENDO en esta dirección con el (los) estudiante (s): Militar activo: **Sí No**
 NOMBRE Apellido: _____ Primer: _____ Segundo: _____ Género: F M Fecha de nacimiento: _____
 Número de teléfono del hogar: _____
 Dirección: _____ Apto# _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Dirección de correo electrónico: _____ Número de carnet de conducir _____

Relación(s):	Padre	Padrastro	Padre Adoptivo	Guardián Legal	Especifique la relación	Acceso al Portal para	
Padre(s)						Sí	No
Estudiante # 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sí	No
Estudiante # 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sí	No
Estudiante # 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sí	No
Estudiante # 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sí	No

Certifico que la información en este formulario es correcta y entiendo que debo contactar a la escuela con cualquier cambio.

Firma _____ Fecha: _____

FAVOR DE ENUMERAR LOS PADRE(S)/GUARDIAN(ES) QUE NO VIVEN CON EL ESTUDIANTE EN ESTA SECCIÓN

PADRE/GUARDIAN – QUE NO VIVE en esta dirección con el (los) estudiante (s): Activo(a) en el Militar: **Sí** **No**
 NOMBRE Apellido: _____ Primero: _____ Segundo: _____

Género: F M Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono del hogar: _____

Dirección: _____ Apto # _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de carnet de conducir _____

Relación(s):	Padre	Padrastro	Padre Adoptivo	Guardián Legal	Especifique la relación	Acceso al Portal para Padre(s)	
Estudiante # 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sí	No
Estudiante # 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sí	No
Estudiante # 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sí	No
Estudiante # 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sí	No

PADRE/GUARDIAN – QUE NO VIVE en esta dirección con el (los) estudiante (s): Activo(a) en el Militar: **Sí** **No**
 NOMBRE Apellido: _____ Primero: _____ Segundo: _____

Género: F M Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono del hogar: _____

Dirección: _____ Apto # _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de carnet de conducir _____ lar: _____
 Numero de trabajo: _____

Relación(s):	Padre	Padrastro	Padre Adoptivo	Guardián Legal	Especifique la relación	Acceso al Portal para Padre(s)	
Estudiante # 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sí	No
Estudiante # 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sí	No
Estudiante # 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sí	No
Estudiante # 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sí	No