

East Troy Community Schools

FORMULARIO DE MATRICULA

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

| | | | |
|---|--|--|--|
| Apellido(s): | Primer Nombre: | Segundo Nombre: | Sobrenombre: |
| Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) | Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Grado: | Lugar de Nacimiento (Ciudad/Estado/Condado/Pais) |
| Idioma Principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español | Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino | Raza: ***Favor indicar todas las que aplican*** <input type="checkbox"/> Indio Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Americano Africano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano/Islas del Pacífico | |

INFORMACIÓN FAMILIAR

| | | | |
|--------------------------|--|--|--|
| #1 Casa Principal | <input type="checkbox"/> Ambos padres | <input type="checkbox"/> Padre solamente | <input type="checkbox"/> Madre solamente |
| Estudiante reside con: → | <input type="checkbox"/> Abuelos | <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra | <input type="checkbox"/> Madre/Padrastro |
| | <input type="checkbox"/> Representante | <input type="checkbox"/> Solo | <input type="checkbox"/> Agencia |

Dirección calle:
(Indicar Apto y Apartado)

| | | | | |
|---|--|--------------------------------|---------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Rev | Nombre de la persona quien reside con el estudiante: | Ciudad | Estado: | Código: |
| Correo electrónico: | Lugar de Trabajo: | Teléfono principal: () () | | Móvil (si es diferente) () () |

| | | | | |
|---|--|--------------------------------|---------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Rev | Nombre de la persona quien reside con el estudiante: | Ciudad | Estado: | Código: |
| Correo electrónico: | Lugar de Trabajo: | Teléfono principal: () () | | Móvil (si diferente) () () |

| | | | |
|------------------------|--|--|--|
| #2 Segunda Casa | <input type="checkbox"/> Padre solamente | <input type="checkbox"/> Madre solamente | <input type="checkbox"/> Abuelos |
| #2 Relación: → | <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra | <input type="checkbox"/> Madre/Padrastro | <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra |
| | <input type="checkbox"/> Representante | <input type="checkbox"/> Solo | <input type="checkbox"/> Agencia |

Street Address:
(Indicar Apto y Apartado postal)

| | | | | |
|---|--|--------------------------------|---------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Rev | Nombre de la persona quien reside con el estudiante: | Ciudad: | Estado: | Código: |
| Correo electrónico: | Lugar de Trabajo: | Teléfono principal: () () | | Móvil (si diferente) () () |

| | | | | |
|---|--|--------------------------------|---------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Rev | Nombre de la persona quien reside con el estudiante: | Ciudad: | Estado: | Código: |
| Correo electrónico: | Lugar de Trabajo: | Teléfono principal: () () | | Móvil (si diferente) () () |

| Nombre(s) Completo(s) de su Hermano/a/s | Fecha de Nacimiento | Grado | Escuela |
|---|---------------------|-------|---------|
| 1) | | | |
| 2) | | | |
| 3) | | | |

CONTACTO DE EMERGENCIA – Adultos otro que los padres/representantes que pueden buscar a su niño/a por razones médicas, de emergencia u otras

| Nombre completo | Relación | Teléfono de Día | Teléfono Móvil (si diferente) |
|-----------------|----------|-----------------|-------------------------------|
| | | () () | () () |
| | | () () | () () |
| | | () () | () () |

OPCIONES DE PROGRAMACIÓN Y OTRAS INFORMACIONES ACADÉMICAS

| | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ELL/Bilingue | <input type="checkbox"/> Programa Dotado y talentoso | <input type="checkbox"/> Plan educativo individual | <input type="checkbox"/> Plan de adaptación 504 |
| <input type="checkbox"/> Estudiante reside actualmente fuera del distrito escolar de East Troy. ¿Cuál? _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Estudiante ha repetido o le ha sido recomendado repetir un grado ¿Cuál(es)? _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Estudiante actualmente bajo orden de expulsión o está en el proceso. ¿ Cuánto tiempo? _____ Distrito? _____ | | | |

FIRMA DEL PADRE/REPRESENTANTE

En lo que a mí respecta, esta información es precisa y completa y se puede compartir con el personal apropiado en caso de necesidad o de emergencia.

Firma del Padre/Representante

Fecha

____ Proof of Residency Verified ____ Birth Certificate Verified ____ Copy of Immunization Record

2/15/2014 Id

