

**ESCUELAS PÚBLICAS DE ROCKPORT
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE UN ESTUDIANTE**

Escuela:	Salón principal de clases:
Apellido:	Grado:
Primer nombre:	Género: Masculino o Femenino (encerrar uno con un círculo)
Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Nombre preferido:	Ciudad de nacimiento:
¿El estudiante ha asistido alguna vez a las Escuelas Públicas de Rockport? Si es así, ¿a cuál escuela y cuándo?	
Idioma primario:	Otro idioma que se habla en el hogar:

¿Hay alguna otra información que usted quisiera que sepamos acerca de su hijo? (no médica) _____

Categorías étnicas (Seleccione sólo una)

- Hispano o latino.** Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, cubano, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza. Además de "hispano" o "latino", también se puede utilizar el término "de origen español" (*Spanish origin*).
- Ni hispano ni latino**

Raza: Estado actual informado: _____
(Seleccione sólo uno)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Blanco | <input type="checkbox"/> 07 Blanco/asiático |
| <input type="checkbox"/> 02 Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> 08 No hispano/blanco/indio americano |
| <input type="checkbox"/> 03 Asiático | <input type="checkbox"/> 14 Asiático/nativo de Hawái u otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> 04 Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> 33 Hispano/blanco |
| <input type="checkbox"/> 05 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> 34 Hispano/negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> 06 Blanco/negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

País de origen (sólo es necesario si el estudiante tiene estatus de inmigrante): _____

Estatus de inmigrante: De acuerdo a la definición federal, un estudiante que no haya nacido en ningún estado de EE.UU., Y ADEMÁS, que no haya terminado tres años académicos completos en una escuela de algún estado.

Seleccionar sólo si se aplica: El estudiante es un estudiante inmigrante de acuerdo a la definición federal.

Bajos ingresos: Las familias que reciben Asistencia de Transición o SNAP (Cupones de Alimentos) califican para recibir beneficios gratuitos o a precios reducidos. Debe existir una solicitud de beneficio de comida en el expediente. Las aplicaciones se pueden completar ingresando a www.lunchapp.com Si usted no tiene acceso a una computadora, puede comunicarse con Abbey Pelletier al 978-546-1243 para obtener una solicitud impresa. **PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:**

Formularios de Kindergarten:

Permiso para evaluar: _____ S _____ N

Solicitud de ficha con el nombre: _____ S _____ N

Todas las escuelas:
Certificado de nacimiento: _____ S _____ N

Prueba de residencia: _____ S _____ N

Encuesta de idioma en el hogar: _____ S _____ N

Formularios de salud:

Cuestionario de salud y desarrollo: _____ S _____ N

Prueba de inmunización: _____ S _____ N

Certificado dental: _____ S _____ N

Examen físico actual: _____ S _____ N
(obtenido en el transcurso de un año calendario)

Información de los representantes

<i>Nombre del primer representante/tutor:</i>	<i>Nombre del segundo representante/tutor</i>
<i>Parentesco con el estudiante:</i>	<i>Parentesco con el estudiante:</i>
<i>Custodia del estudiante: S o N (encerrar uno en un círculo)</i>	<i>Custodia del estudiante: S o N (encerrar uno en un círculo)</i>
<i>Dirección:</i>	<i>Dirección:</i>
<i>Ciudad, estado y código postal:</i>	<i>Ciudad, estado y código postal:</i>
<i>Teléfono de la casa:</i>	<i>Teléfono de la casa:</i>
<i>Teléfono celular:</i>	<i>Teléfono celular:</i>
<i>Dirección de email:</i>	<i>Dirección de email:</i>
<i>Nombre del empleador:</i>	<i>Nombre del empleador:</i>
<i>Cargo del empleador:</i>	<i>Cargo del empleador:</i>
<i>Teléfono del empleador:</i>	<i>Teléfono del empleador:</i>
<i>Contacto de emergencia 1: La persona encargada de cuidar al niño en caso de no poder contactar a los representantes</i>	<i>Número telefónico en caso de emergencia:</i>
<i>Parentesco con el estudiante:</i>	

Información de la custodia

<i>Persona con quien reside el estudiante (si no es el representante):</i>	<i>¿Vive con ambos representantes? Sí _____ No _____ Si no, ¿existen restricciones de custodia?</i>
--	---

Información de los hermanos

Lista de hermanos y hermanas	Fecha de nacimiento	Escuela donde asiste a clases

¿Ha recibido su hijo servicios especiales? En caso afirmativo, explique: _____

Firma del primer representante/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del segundo representante/tutor: _____ Fecha: _____

Sólo para estudiantes nuevos transferidos:

Todos los estudiantes:

<i>Escuela a la que asistió inmediatamente antes de esta:</i>	<i>Autorización para proveer la información del estudiante a la Asociación de Representantes: Sí _____ No _____</i>
<i>Dirección:</i>	<i>Lista de email: Sí _____ No _____</i>
<i>Ciudad: Estado: Código postal:</i>	<i>Directorio: Sí _____ No _____</i>
<i>Nro. de SASID:</i>	<i>Dirección de email que se puede publicar:</i>
<i>Nro. de LASID:</i>	

ENVIADO A: Ed. Esp. _____ Informática _____ **FECHA:** _____