

Por favor llenar completo
Estado
y con exactitud.

Distrito Escolar del Área DeForest

* Área requerido para el
o información al Distrito

Nuevo Formulario de Registración para Nuevos Estudiantes

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

* Apellido: _____ * Nombre: _____

* Segundo Nombre (completo): _____ Nombre a usar en el aula: _____

* Dirección (donde el estudiante reside el 50% o más del tiempo): _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Municipio: _____ Co.: Dane Columbia

* Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ * Género: M o F * Grado entrante _____

* Lugar de nacimiento: * Ciudad _____ * Condado _____ * Estado _____

*Etnia ¿Su estudiante es hispano o latino? Si No *Primer Idioma en Casa: Inglés Español

*¿Cuál es la raza de su estudiante? (Por favor marque todo lo que corresponda) Hmong Otro _____

Negro o Afro-americano Blanco

Indio Americano o Nativo de Alaska Asiatico

Nativo de Hawaii u otras Islas del Pacífico

* Última escuela que asistió: _____ * Ciudad y

Estado: _____

* El estudiante nunca recibió: Servicios En Riesgo Servicios a la Comunidad Trabajo Social/CAP /NIP Servicios ELL

Servicios de Educación Especial, Si usted marcó educación especial., ¿Tiene su estudiante un IEP actual? Si No

*¿El estudiante ha sido expulsado o actualmente enfrenta una expulsión? Si No

¿Está registrando otros hermanos en el Distrito? No Si Nivel de Grado (s): _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA /SALUD:

* Médico: _____ * Teléfono: (____) _____

* Clínica: _____ * Hospital: St. Mary's Meriter Hospital de la UW

* Información sobre la Salud Médica (Marque todo lo que corresponda)

Asma Uso inhalador? Si No En caso afirmativo, ¿dónde se mantendrá el inhalador? _____

Alergias: alimentos (¿a qué) _____

medicamento (¿cuál [es]?) _____

estacional (es decir, fiebre del heno, etc.) _____

ambiental (? para qué) _____

picaduras de abeja ¿Necesita su estudiante un inyectable de epi-pen? Si

animales (¿cual [es]?) _____

Diabetes Problemas del corazón Otros _____

¿Su estudiante tomará algún medicamento diario en la escuela? Si No En caso afirmativo, ¿qué medicamento? _____

Si el medicamento se debe tomar durante el día escolar, por favor, asegúrese de que la tarjeta de administración de medicamentos azul o blanco, así como la medicación, se entregue a la oficina de la enfermera de la escuela.

Contactos de emergencia: (es decir, padres / tutores, abuelos , hermanos, tía, tío, amigo, vecino)

1. _____ Relación _____ Teléfono _____

2. _____ Relación _____ Teléfono _____

3. _____ Relación _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN FAMILIAR: *(Padre / Tutor # 1 - con el que reside el estudiante con 50% o más del tiempo)

* Apellido: _____ * Nombre: _____ * Segundo Nombre: _____

Género: M o F * Relación: _____ * Teléfono Principal: (____) _____

Teléfono Celular: (____) _____ * Correo electrónico: _____

* Dirección: _____ * Ciudad: _____ * Código Postal: _____

Teléfono del Trabajo: (____) _____ Empleador: _____

*** (Padre/ Tutor # 2 viviendo en la misma dirección)**

* Apellido: _____ * Nombre: _____ * Segundo Nombre: _____

Género: M o F * Relación: _____ * Teléfono Principal: (____) _____

Teléfono Celular: (____) _____ * Correo electrónico: _____

Teléfono del Trabajo: (____) _____ Empleador: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA FAMILIA: (padre / tutor que no residen en la residencia principal)

* Apellido: _____ * Nombre: _____ * Segundo Nombre: _____

Género: M o F * Relación: _____ * Teléfono Principal: (____) _____

Teléfono Celular : (____) _____ * Correo electrónico: _____

* Dirección: _____ * Ciudad: _____ * Código Postal: _____

Teléfono del Trabajo: (____) _____ Empleador: _____

*** (Padre/Tutor #2 viviendo en la misma dirección como persona directa)**

* Apellido : _____ * Nombre: _____ * Segundo Nombre: _____

Género: M o F * Relación: _____ * Teléfono Principal: (____) _____

Teléfono Celular: (____) _____ * Correo electrónico:

Teléfono del Trabajo: (____) _____ Empleador

¿Familiar adicional que Recibe Reportes de Boletas y Formas Si No

¿Hay un miembro de la familia con restricciones de orden legal / o corte judicial Si No

Firma _____ Relación con el estudiante _____

Fecha _____

Esta inscripción es el recibo pendiente condicional de registros escolares y la verificación de información proporcionada.

Sólo para uso de la oficina:

PRUEBA DE RESIDENCIA: Arrendamiento Recibo de Utilidad Licencia de Conducir Contrato Compra de Casa

CERTIFICADO DE NACIMIENTO: **Identificación (Skyward ID):** _____