

Fecha: _____

Escuelas Públicas del Condado de Henderson

Hoja de Información del Estudiante

Uso de oficina solamente

Student ID # _____ Homeroom _____
Name _____ Entry Date _____
Bus # _____ A.M. _____ P.M. _____ Entry Code _____

Información del Estudiante

Toda la información debe coincidir con los documentos legales proporcionados como es el certificado de nacimiento, documentos de adopción, etc.

Nombre Legal : _____ Nombre de Preferido: _____ Masculino Feminino
Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Numero de Licencia del Estudiante: _____ Número de Seguro Social _____ (Opcional)

¿Está este estudiante conectado con algún miembro militar? (Algún familiar directo) Sí No Si es así, por favor complete el formulario de Conexión Militar

Número de Teléfono: (_____) _____ Correo Electrónico Principal: _____
Este número será utilizado por el sistema automatizado de llamadas. Este será utilizado por el sistema automatizado de llamadas (por favor escriba claramente)

Si el estudiante ha nacido fuera de los Estados Unidos, escriba la fecha de entrada a las escuelas en los Estados Unidos: ____/____/____ Lugar de Nacimiento del Estudiante: _____
Ciudad/Condado/Estado/País

Dirección de la Propiedad: _____
(Debe incluir el número de la calle y el nombre) Número de Casa Nombre de Calle Número de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo Postal: _____
(Si es diferente a la dirección física) Número de Casa Nombre de Calle Número de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Distrito Escolar: _____ Grado Actual: _____ Último grado de estudios completado: _____

Nombre de la última escuela que asistió (Incluyendo Preescolar): _____ Dirección: _____ Pública o Privada (elige una)

¿El estudiante ha asistido a esta escuela anteriormente? Sí No Si es así, ¿Cuándo? _____

¿El estudiante ha asistido a alguna escuela en Carolina del Norte anteriormente? Sí No Si es así, ¿Cuándo? _____

¿Cual Escuela? _____ Grado: _____ Dirección: _____ Pública o Privada (elige una)
* verifique cualquier programa en el que su hijo ha sido inscrito: AIG Plan de 504 Educación Especial Clase de Ingles como Segundo Lenguaje (ESL) Otros servicios _____

Raza y Etnia Selecciones
Etnia del estudiante (elige una)
 Hispano/Latino No-Hispano/Latino

Información de Transportación AM (Elige una) PM (Elige una)
El estudiante será transportada a la escuela por: Autobús Carro Caminando Bicicleta Autobús Carro Caminando Bicicleta

Raza del estudiante (elige una o más)

Si su estudiante toma el autobús y normalmente sube o baja en una ubicación distinta de su residencia na responsable cuando hace una parada el autobús en otro lugar que no es su residencia, marque uno:

- Indio Americano/ Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afro Americano
- Nativo de Hawái o Islas del Pacifico
- Americano/Blanco

AM # Autobús _____ Lugar: _____ PM # Autobús _____ Lugar: _____

Persona responsable cuando hace una parada el autobús en otro lugar que no es su residencia: _____

En el caso de una salida temprana de la escuela, ¿Cómo llegará su hijo en casa? # Autobús _____ Lugar: _____
 Carro Caminando Bicicleta

Si una persona que no sea alguno de los padres necesita recoger al estudiante, deberá estar en la lista de Contacto de Emergencia en la siguiente página.

Información del Padre/Tutor

¿Si el niño vive con alguien además del padre(s), quien tiene la custodia legal? _____

**Completar la declaración jurada y proporcione la documentación de custodia*

¿Está el estudiante actualmente en cuidado de crianza? Sí No

Información del Padre	Información del Madre	Madrastra o Pastro	Guardián/Otro
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Vive con el estudiante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vive con el estudiante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vive con el estudiante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vive con el estudiante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Contacto de Emergencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Contacto de Emergencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Contacto de Emergencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Contacto de Emergencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección	Dirección	Dirección	Dirección
Nombre del Empleador:	Nombre del Empleador:	Nombre del Empleador:	Nombre del Empleador:
Número de teléfono del hogar:	Número de teléfono del hogar:	Número de teléfono del hogar:	Número de teléfono del hogar:
Número de teléfono de celular:	Número de teléfono de celular:	Número de teléfono de celular:	Número de teléfono de celular:
Número de teléfono del trabajo:	Número de teléfono del trabajo:	Número de teléfono del trabajo:	Número de teléfono del trabajo:
Correo electrónico	Correo electrónico	Correo electrónico	Correo electrónico

Información Familiar/hermanos (ej. hermano, hermana, hermanastro/a)

¿Tiene usted una cuenta de Portal para padres? Sí No Si es así, ¿Cuál es su ID de usuario? _____. Si no, ¿Le gustaria configurar una cuenta? _____

Nombre	Edad	Grado	Escuela	Relación	Nombre	Edad	Grado	Escuela	Relación

Contacto de Emergencia (a parte de los padres) Esta lista incluye los contactos que recogerán a su hijo en los días de salida temprana.

Primer Nombre	Apellido	Relación	Teléfono de casa	Número de celular	Teléfono del trabajo	¿Puede recoger a su hijo?
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Si alguien NO tiene permiso de recoger a su hijo, por favor indique el nombre y la relación: _____

Informacion Médica

** La Ley de NC requiere un registro completo de vacunas dentro de un plazo de 30 días de calendario después de la inscripción escolar.

El incumplimiento de esta norma dará lugar a la suspensión del estudiante hasta que complete lo requerido para re-admisión **

Nombre del médico de familia: _____ Teléfono: () _____ Nombre del Dentista: _____ Teléfono: () _____

Indique cualquier problema de salud o restricciones de actividad: _____

¿Su hijo está tomando algún medicamento recetado? SI NO Si es así, indique cuales: _____

¿Hay alguna condición médica que debemos tener en cuenta? SI NO (ej. alergias, problemas de audición, sangrado, vision, convulsiones) Por favor, describa: _____

¿Son cualquiera de estas condiciones potencialmente mortales? SI NO Si es así, explique: _____

Las Escuelas del Condado de Henderson están dedicadas a la calidad de oportunidades dentro de su comunidad. Es la política del Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Henderson no discriminar sobre la raza, origen étnico, sexo o invalidez en sus programas educativos, actividades o políticas de empleo.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor complete la **Forma A-Juramento de Estatus Disciplinario**