

Formulario de Matricula Escolar

Por favor conteste **todas** las preguntas en letra de imprenta

GeoCode

Entry Date

Student Information

Apellido Paterno

Primer nombre

Segundo nombre

Suffix (Jr, III, etc)

Teléfono para dejar mensajes de la escuela

Nota: El número de teléfono que se ponga arriba recibirá todos los mensajes de la escuela, puede ser un celular o el teléfono fijo de la casa.

Dirección

Ciudad

Código Postal

Teléfono Alternativo

Buzón de correo si es distinta a la vivienda _____

Etnia/Raza

Lugar de Nacimiento

¿Ha el estudiante asistido a alguna escuela en Greenville, SC?

Transportación

1) ¿Es usted hispano o latino? Si No

2) Raza: (marque todas las que apliquen)

Indio Americano o Nativo De Alaska

Hawaiano o de una isla del Pacífico

Asiático

Negro

Blanco

ciudad, estado O país si no es Estados Unidos

Fecha de Nacimiento

Grado

Sexo

M

F

Bus: Otro

mañana Caminando

tarde Carro

bus del cuidado después

de la escuela

El Estudiante vive con:

(marque todas las que apliquen)

Los dos padres Madre Padre Padrastro/madrastra * Padre/madre temporal * Guardián * Otro * Solo

Parent/ Legal Guardian Information

Padre legal del Estudiante: (padre en el certificado de nacimiento o asignado por la corte)

Apellido paterno

Primer nombre

Segundo Nombre

Madre legal del Estudiante: (madre en el certificado de nacimiento o asignado por la corte)

Apellido paterno

Primer nombre

Segundo nombre

Dirección si es diferente a la del estudiante

Teléfono de la casa

Teléfono de la casa

Ciudad Estado

Código Postal

Celular

Ciudad Estado

Código Postal

Celular

Empleador

Teléfono del Trabajo

Teléfono del Trabajo

Firma
(si esta disponible)

Firma
(si esta disponible)

* Si el estudiante vive con
alguien que no sea su padre

Padrastro/Madrastra

Padre temporal

Guardián

Otro (_____)

Un documento apropiado debe ser presentado al momento de la inscripción

Padres: Si ustedes quieren autorizar a un padrastro o madrastra a la información de su(s) hijos deberán completar un **Formulario de Consentimiento** en presencia de algún representante de la escuela.

Apellido Paterno

Primer Nombre

Empleador

Teléfono de la casa

Celular

Teléfono del Trabajo

Preguntas:

1. Número del Seguro Social
(para verificación SUNS)

(opcional)

2. ¿Alguna vez, el estudiante ha recibido clases de ESOL (Inglés para hablantes de Otro Idioma)?

Sí No

3. ¿Los padres del estudiante son trabajadores migratorios?

Sí No

4. ¿Vive el estudiante en una casa de adopción?

Sí No

5. ¿Vive el estudiante en una hogar para niños?

Sí No

6. ¿Está el estudiante sin casa?

Sí No

Servicios de Apoyo (Educación Especial)

¿El estudiante recibe Servicios Especiales? Sí No

Si dijo Sí: IEP Plan de acomodaciones 504

El Estudiante recibe servicios de los siguientes programas:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sordera/dificultad auditiva | <input type="checkbox"/> impedimentos mentales/medio/moderado |
| <input type="checkbox"/> habla/ lenguaje | <input type="checkbox"/> impedimentos mentales moderado/severo |
| <input type="checkbox"/> impedimentos físicos | <input type="checkbox"/> incapacidad de aprendizaje específica |
| <input type="checkbox"/> impedimentos visuales | <input type="checkbox"/> Desorden emocional/ o de conducta |
| <input type="checkbox"/> impedimentos de salud | <input type="checkbox"/> múltiples |
| <input type="checkbox"/> autismo | <input type="checkbox"/> otras _____ |

¿Última escuela a la que asistió?

<input type="checkbox"/> Pública	Nombre de la escuela	dirección de la escuela	Grado
<input type="checkbox"/> Privada			
<input type="checkbox"/> Casa			
<input type="checkbox"/> Charter	Teléfono /Fax	Fecha en la que asistió	

Estudiantes Secundarios: Enumere todas las escuelas a las que haya asistido, comenzando por la mas reciente

Nombre de la escuela	Ciudad/Estado	Grado(s)	Fechas de asistencia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Alguna vez el estudiante tomo **el examen HSAP** para graduarse de la escuela? Sí No No se
Si contestó sí, nombre la escuela a la que estaba asistiendo cuando tomo el examen

Hermanos: Nombre todos los hermanos de esta familia que estén asistiendo a una escuela en el Condado de Greenville

Apellido Paterno	Nombre	Segundo Nombre	Grado	Escuela
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Contactos de Emergencia: Por favor indique todas las personas con que podríamos comunicarnos en caso que ustedes no estén disponibles.

Nombre y apellido	Relación con el estudiante	teléfono durante el día
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Servicios de Apoyo (Educación Especial)

¿El estudiante recibe Servicios Especiales? Sí No

Si dijo Sí: IEP Plan de acomodaciones 504

El Estudiante recibe servicios de los siguientes programas:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sordera/dificultad auditiva | <input type="checkbox"/> impedimentos mentales/medio/moderado |
| <input type="checkbox"/> habla/ lenguaje | <input type="checkbox"/> impedimentos mentales moderado/severo |
| <input type="checkbox"/> impedimentos físicos | <input type="checkbox"/> incapacidad de aprendizaje específica |
| <input type="checkbox"/> impedimentos visuales | <input type="checkbox"/> Desorden emocional/ o de conducta |
| <input type="checkbox"/> impedimentos de salud | <input type="checkbox"/> múltiples |
| <input type="checkbox"/> autismo | <input type="checkbox"/> otras _____ |

Padres:

1. Si su hijo tiene algun problema de salud que la escuela debe saber por favor enumérelos en el formulario de emergencia.

2. Por favor revise periódicamente la información de su hijo/a en la pagina de la Internet del Distrito, ([Parental Portal](#))
Notifique a la escuela si ha tenido algún cambio, como teléfono, dirección, transporte, o contactos de emergencia, etc.

School Use:

Firma del padre _____