

# ESCUELAS DEL CONDADO DE WATAUGA - INFORMACIÓN MATRÍCULA ESTUDIANTIL

**Nombre de la Escuela:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por la poliza de la Juanta de Educación del Condado de Watauga, este formulario deberá de ser completado por los padres o guardián legal una vez el estudiante este presente para la admisión a las Escuelas del Condado de Watauga County Schools. El padre o el guardián legal deberá personalmente presentar al estudiante al sistema escolar para poder ser insrito en el sistema.

<b>INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE</b>						
Apellido Legal		Primer Nombre Legal		Segundo Nombre Legal		Nombre Preferido
Apellido (si es diferente)	Sufijo	Grado	Sexo M F	Fecha de Nacimiento / /	Lugar de Nacimiento	Prueba de Edad ( ) Certificado de Nacimiento Notariado
Teléfono Casa <input type="checkbox"/> No Listado		Etnia Hispano No-Hispano		Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska ___ Asiático ___ Negro Blanco ___ Hawaiano/Isleño del Pacífico		
911 Dirección			Apt #	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de Correos <input type="checkbox"/> Marque si es la misma Dirección del 911			Apt #	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela(s) Anteriores de Asistencia		Años	Grados	Direcciones de la Escuelas Anteriores		

<b>OFFICE USE ONLY</b>	<b>Student ID#</b>	<b>Enrollment Code</b> ( ) E1 ( ) E2 ( ) R1 ( ) R2 ( ) R3 ( ) R5 ( ) R6	<b>Enrollment Date</b>	<b>Homeroom Teacher</b>
------------------------	--------------------	--	------------------------	-------------------------

## INFORMACIÓN DE LOS PADRES

**NIÑO(A) RESIDE CON:** \_\_\_\_\_ **Por favor indicar la relación en la parete de abajo.**  
 ( ) Ambos Padres ( ) Padre ( ) Madre ( ) Guardián ( ) Abuelos ( ) Madre & Padastro ( ) Madre & Madrestra ( ) Otro: \_\_\_\_\_

<b>INFORMACIÓN DE LA MADRE</b>	<b>INFORMACIÓN DEL PADRE</b>
Nombre (Primer, M, Apellido) _____	Nombre (Primer, M, Apellido) _____
Apellido de Soltera _____ Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____	Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección (Si es distinta a la del estudiante) _____	Dirección (Si es distinta a la del estudiante) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____	Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Empleador _____	Empleador _____
Tel. Trabajo _____ Extensión _____	Tel. Trabajo _____ Extensión _____
Tel. Casa _____ Tel. Celular _____	Tel. Casa _____ Tel. Celular _____
Correo Electrónico _____	Correo Electrónico _____
Si no vive, fecha de defunción _____	Si no vive, fecha de defunción _____

**GUARDIAN LEGAL** Si Guardián, los documentos de custodia legal están en el archivo de la oficina del director? ( ) Si ( ) No

**NOMBRE DE LA PERSONA CON LA CUSTODIA LEGAL DEL ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_ **EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_

**CIUDAD** \_\_\_\_\_ **ESTADO** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_ **TEL. TRABAJO** \_\_\_\_\_ **EXTENSIÓN** \_\_\_\_\_

**TEL.CASA** \_\_\_\_\_ **TEL. CELULAR** \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRÓNICO** \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA** (P: (Padres serán contactados primero, contactos de emergencia solo si los padres no están disponibles).

Nombre del 1er contacto \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Mejor # Tel. Día \_\_\_\_\_ Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Celular \_\_\_\_\_

Nombre del 2do contacto \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Mejor # Tel. Día \_\_\_\_\_ Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Celular \_\_\_\_\_

Nombre del 3er contacto \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Mejor # Tel. Día \_\_\_\_\_ Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Celular \_\_\_\_\_

**HERMANOS(AS)**

Estudiante# 1 _____	2. _____	3. _____	4. _____
Nombre _____	_____	_____	_____
Relación _____	_____	_____	_____
Edad _____	_____	_____	_____
Grado _____	_____	_____	_____
Género _____ (M/F)	_____ (M/F)	_____ (M/F)	_____ (M/F)

**CONEXIÓN MILITAR**

En un esfuerzo por apoyar a los estudiantes que tienen familiares en el servicio a nuestro país, por favor proporcionar información acerca del miembro de la familia de este estudiante que está sirviendo o que ha servido:  No Tiene Conexión Militar

Relación	Servicio Activo / Jubilado / Reservas / Guardia Nacional Veteranos Discapacitados / Servicio Civil	Rango	Locación del Servicio/Base	Unidad/Escuadrón

**ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR**

¿Qué idioma aprendió su niño(a) cuando él o ella primero comenzó a hablar? Inglés \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Qué idioma habla su niño(a) con más frecuencia en el hogar? Inglés \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué idioma habla mas frecuente con su niño(a)? Inglés \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Qué idioma utiliza con mayor frecuencia los adultos en casa? Inglés \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 ¿En qué país nació el/la estudiante? \_\_\_\_\_

Si la línea "otros" se utilizó anteriormente para cualquiera de las preguntas de la encuesta del idioma, por favor completar la página 3 del formulario de inscripción.

**INFORMACIÓN DE TRANSPORTE**

Transportación a la Escuela ( ) Bus# \_\_\_\_\_ ( ) Caminando ( ) Automóvil  
 \*Transportación Desde la Escuela ( ) Bus# \_\_\_\_\_ ( ) Caminando ( ) ¿Automóvil con quien? \_\_\_\_\_ ( ) Afterschool  
 \*Transportación Desde la Escuela debido a inclemencias del clima ( ) Bus # \_\_\_\_\_ ( ) Caminando ( ) ¿Automóvil con quien? \_\_\_\_\_  
 \*Las excepciones a estos medios de transporte DEBEN ser presentados por escrito ese día a la oficina antes del cierre de la escuela.

¿SU HIJO(A) HA SIDO RETENIDO(A)? ¿EN CUAL GRADO?

**PROGRAMAS ESPECIALES**

Por favor, marque si su hijo(a) ha sido servido ( ) Dotados Académicamente ( ) Discapacidades de Aprendizaje ( ) Discapacidad Auditiva ( ) Habla/Lenguaje en cualquiera de estos programas ( ) Lectura Title 1 ( ) ESL ( ) 504 ( ) Otro \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre del Médico	Dirección	Teléfono
Nombre del Dentista	Dirección	Teléfono

Es importante que la escuela sepa de cualquier problema de salud especial que su hijo(a) tenga. Por favor anote en la parte inferior condiciones tales como alergias, epilepsia, convulsiones, diabetes, problemas ortopédicos, impedimentos auditivos o visuales.

Alergias (tipo) \_\_\_\_\_ Que amenaza la vida ( ) Si ( ) No

Tipo de tratamiento para la alergia \_\_\_\_\_

Otras condicioness o medicamentos que toma con rutina \_\_\_\_\_

Si mi niño(a) necesita recibir medicamentos en la escuela, yo entiendo que mi médico y yo debemos de completar un formulario especial el cual puedo obtener de la secretaria de la escuela.

**AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA**

En caso de enfermedad o un accidente grave, solicito que la escuela se ponga en contacto conmigo. Si la escuela no puede ponerse en contacto conmigo, por la presente autorizo a la escuela para llamar al médico de la lista y seguir sus instrucciones. Si no es posible ponerse en contacto con este médico, la escuela podrá tomar las medidas necesarias o transportar a mi hijo(a) a la sala de emergencias de un hospital. ( ) Si ( ) No

Firma del padre/madre o guardian legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si es firmado por el/la guardian, por favor indicar la relacion con el niño(a): \_\_\_\_\_

**ESTADO DE TRANSFERENCIA - PARA ESTUDIANTES EN TRANSFERENCIA FUERA DEL SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE WATAUGA**

El niño que yo estoy inscribiendo con esta forma no está bajo suspensión o expulsión de la asistencia de una escuela pública o privada en este o cualquier otro estado y no se ha declarado culpable de un delito mayor en este o en cualquier otro estado. Nota: Si el estudiante está bajo suspensión o expulsión o ha sido declarado culpable de un delito grave, por favor, dar una explicación. Debe incluir la duración de esta suspensión o expulsión. \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre o Guardian Legal

Fecha:

Si es firmado por el/la guardian, por favor indicar la relacion con el niño(a):

Dated this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ personally appeared before me, is personally known by me, or has proven their identity by providing adequate documentation to me, and in my presence completed the status of transfer information above. This person made an oath or affirmed to me that the information given is true.

Witness my hand and official seal this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_. My commission expires \_\_\_\_\_.

Notary Public