

DOCUMENTO OFICIAL ESCOLAR

Nombre del Estudiante

Legal y completo APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE NOMBRE USADO SUFIJO

Sexo: [] Masculino [] Femenina Fecha de Nacimiento: _____ Ciudad y Estado de Nacimiento: _____

¿El estudiante ha asistido a alguna escuela del Condado de Frederick? [] Si [] No Si es afirmativo, ¿cuál escuela? _____

Última escuela asistida: _____

Teléfono del Hogar del Estudiante: (____) _____ Primer Idioma del Estudiante: _____
Raza: [] Indígena Norteamericano o Indígena de Alaska [] Negro | Etnicidad:
(Marque TODOS los que aplican) [] Hawaiano u Otro Isleño Pacífico [] Asiático | hispano: [] Si [] No

Relaciones: Padre / Madre / Padrastro / Madrastra / Guardián / Padre Sustituto / Otro (Describe)

Estudiante Vive con:

Contacto Primario APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE RELACION

Dirección Particular: _____ (____) Teléfono de Casa

Dirección Postal: _____

Si es diferente a la particular

Empleador: _____ (____) Teléfono Laboral Extensión

¿Es este padre/guardián un miembro activo del servicio militar? [] Si [] No En caso afirmativo, Activo [] o Reserva []

Teléfono Móvil: (____) _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono Móvil Alternativo: (____) _____ Correo Electrónico Alternativo: _____

Estudiante Vive con:

Contacto Secundario APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE RELACION

Empleador: _____ (____) Teléfono Laboral Extensión

¿Es este padre/guardián un miembro activo del servicio militar? [] Si [] No En caso afirmativo, Activo [] o Reserva []

Teléfono Móvil: (____) _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono Móvil Alternativo: (____) _____ Correo Electrónico Alternativo: _____

Favor de Ingresar información Alternativa sobre la Familia (si aplica)

Contacto Primario APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE RELACION

Dirección Particular: _____ (____) Teléfono de Casa

Dirección Postal: _____

Si es diferente a la particular

Empleador: _____ (____) Teléfono Laboral Extensión

¿Es este padre/guardián un miembro activo del servicio militar? [] Si [] No En caso afirmativo, Activo [] o Reserva []

Teléfono Móvil: (____) _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono Móvil Alternativo: (____) _____ Correo Electrónico Alternativo: _____

Favor de Ingresar información Alternativa sobre la Familia (si aplica)

Contacto Secundario APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE RELACION

Empleador: _____ (____) Teléfono Laboral Extensión

¿Es este padre/guardián un miembro activo del servicio militar? [] Si [] No En caso afirmativo, Activo [] o Reserva []

Teléfono Móvil: (____) _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono Móvil Alternativo: (____) _____ Correo Electrónico Alternativo: _____

FREDERICK COUNTY PUBLIC SCHOOLS

FORMULARIO DE REGISTRACION DEL ESTUDIANTE/EMERGENCIA

Nombre Legal

Completo del Estudiante _____
APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
NOMBRE USADO
SUFIJO

Información de Contacto de Emergencia:

<u>NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO)</u>	<u>RELACION</u>	<u>TELEFONO DE CASA</u>	<u>TELEFONO ALTERNATIVO</u>
_____	_____	(____) _____	(____) _____
_____	_____	(____) _____	(____) _____
_____	_____	(____) _____	(____) _____
_____	_____	(____) _____	(____) _____
_____	<u>Proveedor de Cuidado al Niño</u>	(____) _____	(____) _____

Dirección del Proveedor de Cuidado al Niño: _____

Favor de hacer una lista de los problemas de salud significantes de su hijo. (Asegúrese de anotar cualquier condición médica crónica, alergias a medicamentos o instrucciones especiales en caso de una emergencia médica.)

Medico del Estudiante: _____ Teléfono: (____) _____

Seguro Medico del Niño/a: Ninguno FAMIS Plus (Medicaid) FAMIS Privado/Comercial/Patrocinado por el Empleador

La escuela tiene mi permiso de contactar el contacto de emergencia, médico de familia, y otro médico si en caso de emergencia no se pueden contactar conmigo ni el médico de familia. La escuela tiene mi permiso de divulgar información del estudiante referente a alergias a medicamentos, problemas de salud significantes y condiciones médicas crónicas al Departamento de Transportación en caso de emergencia. La escuela tiene mi permiso en caso de una emergencia cuando ni yo ni mi medico pueden ser contactados, a llevar mi hijo/a a la sala de emergencia del hospital más cercano, a costo mío, y el hospital y el personal médico tienen mi autorización de proveer tratamiento el cual el médico encuentre necesario para el bienestar del estudiante mencionado arriba. Los individuos que he nombrado como Contactos de Emergencia tienen mi autorización para recoger mi niño/a en una situación de emergencia en el cual yo no puedo ser contactado.

Favor de listar los nombres de otros niños viviendo en el hogar:

<u>NOMBRE COMPLETO</u>	<u>MASCULINO/FEMENINA</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre De Soltera de la Madre: _____

¿Alguna vez este niño/a ha sido ubicado en un programa de instrucción especial? Si No

Si es afirmativo, favor de especificar el programa: _____

Marque aquí si el Registro del Estudiante tiene Restricciones. (Si marca la caja tiene que proveer documentación legal justificándolo a la oficina de la escuela.)

Información Adicional: _____

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ **Fecha:** _____

NOTIFICACION PUBLICA DE NO DISCRIMINACION: Las Escuelas Públicas del Condado de Frederick no discrimina a base de raza, color, origen nacional, religión, sexo, edad, afiliación política, incapacidad, o estatus veterano en programas educativos y actividades o empleo. Esta política de no-discriminación también aplica al ingreso de programas.

Para el Uso de Oficina Solamente

Escuela: _____ Identificación del Estudiante: _____

Grupo de Etnicidad Primario (si hay múltiples): _____

Prueba de Número de Certificado de Nacimiento: _____

Experiencia del Estudiante Pre-kindergarten: SOLAMENTE PARA ESTUDIANTES DE KINDERGARTEN

- | | | | |
|---|------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En casa con un cuidador o miembro de familia | Horas/día: _____ | <input type="checkbox"/> - 20 | <input type="checkbox"/> - 40 |
| <input type="checkbox"/> Escuela pre-escolar o guardería autorizada en la casa de una persona | Horas/día: _____ | <input type="checkbox"/> - 21 | <input type="checkbox"/> - 50 |
| <input type="checkbox"/> Escuela pre-escolar o guardería no-autorizada | Horas/día: _____ | <input type="checkbox"/> - 22 | <input type="checkbox"/> - 51 |
| <input type="checkbox"/> Head Start | Horas/día: _____ | <input type="checkbox"/> - 23 | <input type="checkbox"/> - 60 |
| <input type="checkbox"/> Educación Especial | Horas/día: _____ | <input type="checkbox"/> - 30 | <input type="checkbox"/> - 61 |
| <input type="checkbox"/> Otro Nombre: _____ | Horas/día: _____ | <input type="checkbox"/> - 31 | |