

Escuelas de la Ciudad de Rome

Forma de Inscripción

PARA USO DE ESCUELA SOLAMENTE

Grado _____

Maestro _____

Fecha _____

PARA USO DE ESCUELA SOLAMENTE

Residencia Confirmada: SI NO

Matricula: _____

Nombre del estudiante: _____ Numero de seguro social del estudiante: _____
Apellido paterno y materno Nombre Otros

Dirección del Estudiante: _____
Calle y Numero Ciudad Estado Zona Postal

Sexo: _____ Varón _____ Hembra Fecha exacta de nacimiento: _____ PAIS de NACIMIENTO: _____

RAZA: (Seleccione todo lo que aplique)

- Negro
- Blanco
- Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático

ETNICIDAD: ¿Es el estudiante de étnico Hispano o Latino?

- Si
- No

El estudiante RESIDE/CON: (Seleccione todo lo que aplique)

- Ambos Madre y Padre
- Madre
- Padre
- Padrastra/a
- Guardián Legal
- Familia Patrocinadora

PADRE/GUARDIAN *REQUISITO* DE INFORMACION Y RESIDENCIA

Es la responsabilidad del padre de custodia /guardián de notificarle a la escuela si hay un cambio de dirección o contacto.

Por favor complete todo lo que aplique – déjelo en blanco si no

Madre Nombre: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Calle y Numero

Ciudad

Estado

Zona Postal

Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____

Teléfono de Trabajo: _____ Empleador: _____

Padre Nombre: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Calle y Numero

Ciudad

Estado

Zona Postal

Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____

Teléfono de Trabajo: _____ Trabajo: _____

Madre Nombre: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Calle y Numero

Ciudad

Estado

Zona Postal

Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____

Teléfono de Trabajo: _____ Empleador: _____

Padre Nombre: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Calle y Numero

Ciudad

Estado

Zona Postal

Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____

Teléfono de Trabajo: _____ Empleador: _____

Otro GUARDIAN LEGAL _____ FAMILIA PRATROCINADORA _____

Nombre: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Calle y Numero

Ciudad

Estado

Zona Postal

Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____

Teléfono de Trabajo: _____ Empleador: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA E INFORMACION DE PERSONAS QUE PUEDEN SACAR A SU NIÑO DE LA ESCUELA

En el caso de una emergencia el primer contacto de la escuela será con los padres/guardianés listados arriba. Por favor provea información abajo para que la escuela se pueda comunicar con cualquier otra persona o quien pueda sacar a su niño afuera de la escuela.

	Nombre	Relación	Teléfono	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Por favor voltee esta hoja y llene la parte de atrás de esta hoja

Por favor liste los nombres y las fechas de nacimiento de los otros niños que viven en la casa.

	Otro Niño #1	Otro Niño #2	Otro Niño #3	Otro Niño #4
Nombre				
Fecha exacta de nacimiento				
Escuela adonde este niño asiste				

DESABILIDADES Y SERVICIOS ESPCIALES

Marque algunas de las siguientes incapacidades:

Marque algunas de las siguientes incapacidades: Física Lenguaje Aprendizaje
 Conducta Vista Oídos Otro _____

Describa las incapacidades que usted marco arriba: _____

¿Su niño ha sido servido por cualquiera de los siguientes programas? Clases de educación especial Clases para estudiantes con talento
 ESOL/ELL 504

ESCUELAS ANTERIORES

(si otra escuela además de las Escuela de la Ciudad de Rome por favor provea una copia del último reporte de calificaciones)

Nombre de la última escuela donde asistió: _____

Ciudad y Estado de la última escuela donde asistió: _____

Información de Lenguaje

¿En qué idioma usted prefiere "escuela a casa" comunicación sea? _____

Encuesta Militar Activa

Algún padre /guardián/padrastro con quien el estudiante vive cumple con cualquiera de lo siguiente:

¿Es un miembro activo de servicios uniformados? Sí _____ No _____

¿Es corrientemente un miembro de la reserva militar US Armed Forces, National Guard o Reserva? Sí _____ No _____

¿Es un miembro o veterano de los servicios uniformados en la cual está gravemente herido y medicamente licenciado o retirado por un periodo de un año después de una descarga medica? Sí _____ No _____

Padre/ Padrastro fue un miembro de los servicios uniformados quien se murió en servicio activo o como resultado de heridas sostenidas durante servicio activo? Sí _____ No _____

Firmando hacia abajo, Yo certifico que yo soy el padre de custodia/guardián legal del estudiante alistado arriba. Además certifico que yo soy un residente de la Ciudad de Rome, o que yo he hecho arreglos para registrar en las Escuelas de la Ciudad de Rome como un estudiante de matrícula. Yo entiendo que información falsa en esta forma puede resultar en la terminación de la escuela con crédito por cualquier trabajo ganado. Yo también entiendo que es mi responsabilidad de infórmale a la escuela de cualquier cambio en cuanto esta información hacia arriba.

Firma de Padre

Fecha