

PowerSchool – Formulario de Inscripción

Fecha: _____
 Grado: _____
 Maestro: _____
 ID #: _____
 Código de Matrícula: _____



Información del ESTUDIANTE

Por favor, escriba el nombre del estudiante como esté en el acta de nacimiento.

1^{er} nombre _____ 2^{do} nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Género _____ Masculino _____ Femenino

País de Nacimiento _____

¿Se identifica como de origen hispano o latino? _____ Sí _____ No

Raza --- ¡Marque al menos una!!

___ Indio-Americano/Nativo de Alaska ___ Blanco(a) ___ Moreno(a) ___ Asiático(a) ___ Nativo de Hawái/Islas del Pacífico

Dirección Física

de Casa/Calle _____
 Ciudad, Estado, Código Postal _____
 Teléfono Celular/de Casa _____

Dirección de Correo

Misma de *Dirección Física* _____ Sí _____ No
 PO Box _____
 Ciudad, Estado, Código Postal _____

Información de PADRES/REPRESENTANTES

El niño(a) vive con ___ Madre ___ Padre ___ Ambos ___ Representante Padre en el Ejército _____ Sí _____ No

Custodia del niño(a) ___ Madre ___ Padre ___ Ambos ___ Representante *Rama de la Fuerza Armada* _____

La Escuela debe tener una copia de los documentos de custodia en archivo. (Si es éste el caso)

Nombre de la Madre _____	Nombre del Padre _____
Dirección _____	Dirección _____
Teléfono de Casa _____	Teléfono de Casa _____
Teléfono Celular _____	Teléfono Celular _____
Lugar de Trabajo _____	Lugar de Trabajo _____
Teléfono de Trabajo _____	Teléfono de Trabajo _____
Nivel Educativo _____	Nivel Educativo _____
Trabajador Migrante _____	Trabajador Migrante _____
Correo Electrónico _____	Correo Electrónico _____

REPRESENTANTE

Nombre del Representante _____ Teléfono _____
 Dirección _____ Celular _____
 Lugar de Trabajo _____ Teléfono de Trabajo _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Por favor indique las personas que podemos contactar si no podemos comunicarnos con usted. Tienen que ser capaces de recoger a los estudiantes en caso de una emergencia.

Nombre _____	Nombre _____
Relación _____	Relación _____
Teléfono de Casa _____	Teléfono de Casa _____
Teléfono de Trabajo _____	Teléfono de Trabajo _____
Teléfono Celular _____	Teléfono Celular _____

ASPECTOS MEDICOS

Doctor _____ Teléfono _____

Dentista _____ Teléfono _____

Cualquier otro problema de Salud _____ Alergias _____

Medicamentos _____

NECESIDADES ESPECIALES

Necesidades Especiales: ¿Su niño(a) tiene un? IEP (Plan de Educación Individualizado) Sí No

Plan de Acomodo 504 Sí No

PEP (Plan de Educación Personalizado) Sí No

Otro _____

HERMANOS

Nombre _____	Grado _____	Escuela _____
Nombre _____	Grado _____	Escuela _____
Nombre _____	Grado _____	Escuela _____

Viaja en vehículo AM PM Transporte de la Guardería AM PM Viaja en Bus Escolar AM PM

¿Nombre de la última Escuela a la que este estudiante asistió? _____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____

¿Ha este estudiante asistido a una Escuela pública del Condado de Duplin antes de esta admisión? Sí No

Si respondió Sí, por favor escriba el Nombre(s) de la Escuela(s)

¿Ha este estudiante asistido a una Escuela pública de Carolina del Norte antes de esta admisión? Sí No

Si respondió Sí, por favor escriba el Nombre(s) de la Escuela(s)

Certifico con lo mejor de mi conocimiento que toda la información anterior es correcta y completa.

Firma Fecha