

Nebo School District Student Enrollment Form

Alumno (a)

Nombre: _____ Sexo: ____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Grado: ____
primer segundo apellido mes día año

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código: _____

Dirección de Correo (si es diferente): _____ Teléfono: (____) _____

¿Hispano/Latino? Sí No

Raza (escoja una o más): Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano Hawaiano/Isleño Pacífico Caucásico

¿Ha estado su estudiante inscrito en clases de educación especial durante los últimos tres años? Sí No

¿Actualmente tiene un "IEP"? Sí No ¿Actualmente tiene un plan 504? Sí No ¿Tiene un plan de salud? Sí No

¿Tiene historial de: Ataques Diabetes Asma Problemas del Corazón Alergias Otro _____

Otras preocupaciones especiales de salud: _____

Medicina que toma actualmente: _____

Alergias: _____

¿Hablan en la casa otro idioma aparte del inglés? Sí No ¿Cuál idioma? _____

Nombre de la última escuela a la que asistió _____ Ciudad: _____ Estado: _____

¿Ha sido suspendido este estudiante por más de tres días? No Sí

Si es sí, explique: _____

Padres/Tutores

Padre ó Tutor que inscribe al estudiante Vivo con el estudiante _____

El estudiante es mi hijo biológico o adoptado ¿Divorciado? No Sí (Si es sí, compruebe con documentación de la corte)

Apoderado legal Padre de crianza Padre temporal Otro _____ *Aprobado por el distrito* _____
(Llame al coordinador de servicios para los estudiantes)

Nombre: _____ Sexo: F M
Primer Apellido

Tels: Residencial (____) _____ Empleo (____) _____ Cell (____) _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

(Si no vive con el estudiante)

Dirección para correspondencia (Si es diferente): _____

Otro Padre/Apoderado legal Vive con el estudiante _____

El estudiante es el hijo biológico o adoptado de esta persona Divorciado? No Sí (Si es sí, compruebe con documentación de la corte)

Apoderado legal Padre de crianza Padre temporal Otro _____

Nombre: _____ Sexo: F M
Primer Apellido

Tels: Residencial (____) _____ Empleo (____) _____ Cell (____) _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código: _____

(Si no vive con el niño)

Dirección de Correo (si es diferente): _____

Contactos para Emergencias (Personas autorizadas para recoger al estudiante en caso de una emergencia)

Nombre: _____ Tels: Primario (____) _____ Alternativo (____) _____

Nombre: _____ Tels: Primario (____) _____ Alternativo (____) _____

La ley del Estado requiere que el estudiante tenga un acta de nacimiento y un reporte actual de vacunas para asistir a la escuela. Como padre/apoderado legal de este estudiante, yo verifico que esta información es verdadera y correcta según mi leal saber. Entiendo que cualquier deformación de esta información puede resultar en la suspensión escolar de este estudiante hasta que el problema sea resuelto.

Firma: _____ Parentesco: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
mes día año