

# FORMA DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS –SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA				
STUDENT SCHOOL NUMBER	START DATE	SSID	BUS ROUTE AM                      PM	HOMEROOM

Marque aquí si recientemente ha inscrito al estudiante en otra escuela o tendrá otros estudiantes inscritos en nuestro distrito.

NOMBRE DE ESTUDIANTE: Apellido legal		Nombre legal		Segundo nombre legal		Apodo:	
FECHA DE NACIMIENTO: (Mes/Día/Año)		SEXO (M/F)		ACTA VERIFICADO: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad      Estado                      País	
NIVEL/GRADO		RAZA Y GRUPO ÉTNICO <b>Llene la forma adjunta</b>		LENGUA PRINCIPAL DE LA CASA <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otra _____		RESIDENTE DEL DISTRITO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No si no, distrito dónde vive: _____	

## RESIDENCIA PRINCIPAL – Padre/Tutor dónde vive el estudiante

PRIMER GUARDIAN Casa 1 Apellido                      Nombre		Estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Padre y madre <input type="checkbox"/> Solo el padre <input type="checkbox"/> Solo la madre <input type="checkbox"/> Los abuelos <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> Madre/Padrastro <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Otro _____		CASA 1 TELÉFONO PRINCIPAL (Incluya la área)		GUARDIAN 1 TELÉFONO #2 <input type="checkbox"/> Celular (Incluya la área)	
SEGUNDO GUARDIAN Casa 1 Apellido                      Nombre						GUARDIAN 2 TELÉFONO #2 <input type="checkbox"/> Celular (Incluya la área)	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	Número y Calle	Apt. #		Ciudad	Estado	Código postal	
DIRECCIÓN DE CORREO <small>(Si sea diferente)</small>	Número y Calle	Apt. #		Caja postal	Ciudad	Estado	Código postal
GUARDIAN 1 EMPLEADOR		Teléfono del empleador		Guardián 1 Teléfono del trabajo			
GUARDIAN 2 EMPLEADOR		Teléfono del empleador		Guardián 2 Teléfono del trabajo			
CASA 1 CORREO ELECTRÓNICO Guardián principal				correo electrónico del segundo Guardián			

## \*SEGUNDA CASA – Padre/tutor del estudiante dónde el estudiante NO vive tiempo completo

SEGUNDA CASA Primer Guardián Apellido                      Nombre		PARENTESCO <input type="checkbox"/> Padre y madre <input type="checkbox"/> Solo el padre <input type="checkbox"/> Solo la madre <input type="checkbox"/> Los abuelos <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> Madre/Padrastro <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Otro _____		CASA 2 TELÉFONO PRINCIPAL (Incluya la área)		PHONE #2 (Incluya la área) <input type="checkbox"/> Celular	
SEGUNDA CASA Segundo Guardián Apellido                      Nombre						PHONE #3 (Incluya la área) <input type="checkbox"/> Trabajo	
DIRECCIÓN DE LA SEGUNDA CASA                      (número y calle/caja postal, Ciudad, Estado, Código postal)				PIDE COPIAS DE LOS ENVÍOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
CASA 2 CORREO ELECTRÓNICO Principal				CASA 2 CORREO ELECTRÓNICO Secundario			

ESCUELA ANTERIOR		DISTRITO ESCOLAR ANTERIOR		LUGAR DE ESCUELA ANTERIOR (Ciudad y Estado)	
¿Ha asistido antes a las escuelas de Centralia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Para sí, nombre la escuela		FECHAS DE ASISTIR (Mes/Año)	
¿Fue a la preprimaria (preschool)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Para sí, nombre de la preprimaria		FECHAS DE ASISTIR (Mes/Año)	

¿Hay un plan de Custodia Compartida o un plan de paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      (Para sí, necesita entregar una copia a la escuela para ejecutar)	
¿HAY UN ORDEN DE ALEJAMIENTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      (Para sí, necesita entregar una copia a la escuela para ejecutar)	
Orden de alejamiento es contra: <input type="checkbox"/> la madre <input type="checkbox"/> el padre <input type="checkbox"/> Otra persona _____	

Favor de continuar –

