

Para uso exclusivo de la oficina
 Escuela: _____
 Fecha de inicio: _____
 Maestro: _____

Escuelas del condado de Boone County

Matrícula/información del estudiante en caso de emergencia

Categorías de raza/grupo étnico

- Blanco (no hispano): persona con orígenes provenientes de cualquier de los pueblos originarios de Europa, África del Norte o del Medio Oriente.
- Negro/afroamericano (no hispano): persona con orígenes provenientes de cualquier grupo racial negro de África.
- Hispano/latino: persona con cultura mexicana, puertorriqueña, cubana, centroamericana o sudamericana o cualquier otra cultura de origen español sin importar la raza
- Asiático: persona con orígenes provenientes de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sureste Asiático o el subcontinente indio
- Isleño del Pacífico: persona con orígenes provenientes de cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
- Indígena estadounidense o indígena de Alaska: una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y América del Sur y que mantiene identificación cultural por afiliación de la tribu o de comunidad.

Nombre legal del estudiante (En letra de molde) _____ Sufijo _____
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (Jr., III, etc)

Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo _____ SS# (opcional) _____
 ¿Su hijo ha repetido un grado? Sí No ¿Grado? _____

Lugar de nacimiento: (País) _____ (Estado) _____ No. de teléfono: () _____

Dirección del estudiante: (Calle) _____ (Apto. No.) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código postal) _____
 (Marque solo si es aplicable*) Refugio Motel Casa o apartamento compartido con amigos o familiares Amigos/Parientes
*Si es aplicable, complete un cuestionario sobre su residencia (704 KAR 7:090) (otra persona que no es padre/guardián)

Dirección postal del estudiante: (si es diferente) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código Postal) _____
(Calle o apartado postal (PO Box) y No. de apto.)

Origen étnico: Su hijo es hispano/latino: Sí No

Raza del estudiante: (Marque todo lo que es aplicable) Blanco Negro/afroamericano (no hispano) Asiático Isleño del Pacífico
 Indígena estadounidense o indígena de Alaska

Ciudadano estadounidense: Sí No Migrante Inmigrante Refugiado: (País) _____

Última escuela a la que asistió: _____ Escuela de Kentucky: Sí No

Última fecha de asistencia: _____ No. de teléfono de la escuela: () _____

Dirección de la escuela: (Ciudad) _____ (País) _____ (Estado) _____

Si ha asistido en las escuelas de Boone County anteriormente, menciona los nombres y los años _____

Padres/Guardianes que viven en el mismo hogar que el estudiante

Nombre legal: _____ Sufijo: _____ <small>(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)</small>	Nombre legal: _____ Sufijo: _____ <small>(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)</small>
Relación o parentesco con el estudiante: _____	Relación o parentesco con el estudiante: _____
Teléfono: Casa () _____ Trabajo: () _____	Teléfono: Casa () _____ Trabajo: () _____
Teléfono celular: () _____ Correo electrónico: _____	Teléfono celular: () _____ Correo electrónico: _____

Hermanos que viven en el mismo hogar que el estudiante

Nombre legal: _____ Sufijo: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____ Grado: _____ Nombre de la escuela del condado de Boone: _____	Nombre legal: _____ Sufijo: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____ Grado: _____ Nombre de la escuela del condado de Boone: _____
Nombre legal: _____ Sufijo: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____ Grado: _____ Nombre de la escuela del condado de Boone: _____	Nombre legal: _____ Sufijo: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____ Grado: _____ Nombre de la escuela del condado de Boone: _____

Padres/Guardianes que viven en una dirección diferente del estudiante

¿Tiene este padre/guardián custodia compartida? _____ ¿Debe este padre/guardián recibir información escolar? _____ ¿Tiene esta persona acceso legalmente restringido al estudiante? _____ <small>(TIENE que proveer una copia de la orden judicial a la escuela.)</small>	¿Tiene este padre/guardián custodia compartida? _____ ¿Debe este padre/guardián recibir información escolar? _____ ¿Tiene esta persona acceso legalmente restringido al estudiante? _____ <small>(TIENE que proveer una copia de la orden judicial a la escuela.)</small>
Nombre legal: _____ Sufijo: _____ Relación o parentesco con el estudiante: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: Casa () _____ Trabajo: () _____ Teléfono celular: () _____ Correo electrónico: _____	Nombre legal: _____ Sufijo: _____ Relación o parentesco con el estudiante: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: Casa () _____ Trabajo: () _____ Teléfono celular: () _____ Correo electrónico: _____

Servicios especiales

- ¿Tiene este estudiante necesidades especiales o recibe servicios de educación especial? Sí No
- ¿Tiene este estudiante un plan 504? Sí No
- ¿Recibe este estudiante servicios del habla? Sí No
- ¿Ha sido este estudiante formalmente identificado como superdotado/talento? Sí No

Transportación

Transportación principal a la escuela (marque todo lo que es aplicable): En carro caminante autobús Autobús #: _____

Transportación proporcionado por las escuelas del distrito de Boone: A.M. P.M. ambos A.M & P.M. Más de 1 milla Menos de 1 milla Nada

Idioma

- ¿Es el inglés el idioma que **más** se habla en la casa? ___ Sí ___ No, ¿en qué idioma? _____
- ¿Aprendió su hijo inglés cuando **comenzó** a hablar? ___ Sí ___ No, ¿en qué idioma? _____
- Habla su hijo **principalmente** inglés en casa? ___ Sí ___ No, ¿en qué idioma? _____
- ¿Se le habla al niño **principalmente** en inglés en la casa? ___ Sí ___ No, ¿en qué idioma? _____

(Si en alguna de las preguntas anteriores se responde que hay un idioma distinto del inglés, complete la encuesta sobre el idioma que se habla en casa)

Información médica

Enumere e identifique los trastornos de salud (tales como alergias graves, afecciones médicas crónicas y/o alergias a medicamentos): _____

*Conforme al reglamento estatal, todo estudiante con un trastorno de salud (como asma, alergias, diabetes, ataques, etc.) deben estar registrados en un plan de salud. Para mayor información, comuníquese con la enfermera de la escuela o con el trabajador de salud.

Medicamentos habituales: _____ Dosis: _____

Debe estar en el expediente un formulario de "autorización para suministrar medicamentos" para que se pueda dar un medicamento a un estudiante durante la jornada escolar.

Nombre del médico _____ Teléfono: _____

Le doy a los funcionarios de la escuela permiso para que se comuniquen con el proveedor de servicios de salud designado:: _____

(Firma del padre/guardián)

Información en caso de emergencia

De ser necesario, ¿a qué hospital debe llevarse al estudiante? _____

Si EN UNA EMERGENCIA no fuera posible comunicarse con el padre/guardián, llamen y/o dejen a mi hijo con una de las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación o parentesco con el estudiante _____ Número de teléfono: (____) _____

Nombre: _____ Relación o parentesco con el estudiante _____ Número de teléfono: (____) _____

En caso de que haya alguien a quien **NO SE LE PERMITA** acceso al estudiante, escriba su nombre y relación o parentesco: (TIENE que proporcionar la documentación legal a la escuela.)

Nombre: _____ Relación o parentesco con el estudiante _____

La escuela no se responsabiliza de los estudiantes que tienen la autorización de sus padres para salir de la escuela durante del horario escolar o de los estudiantes de la escuela primaria o intermedia que tienen la autorización de sus padres para regresar por sí mismos a casa después de la escuela.

Si se hacen cambios durante del año, comuníquese INMEDIATAMENTE con la oficina de la escuela.

Firma del padre/guardián _____ Fecha: _____

Revisado 02/2016

Para uso exclusivo de la oficina

Matrícula nueva _____
Matrícula revisada _____
Personal de la oficina _____