

# 2021-2022 Escuelas del condado de Boone

## Matrícula/información del estudiante en caso de emergencia

Para uso exclusivo de la oficina

Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Docente: \_\_\_\_\_

Nombre legal del estudiante (En letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (Jr., III, etc)

Grado: \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Ha repetido de grado su hijo?

Lugar de nacimiento: (País) \_\_\_\_\_ (País) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ No. de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección del estudiante: (Calle) \_\_\_\_\_ (Apto. No.) \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código postal) \_\_\_\_\_

(Marque solo si procede\*)

*\*Si procede, complete un cuestionario sobre su residencia ( 704 KAR 7:090)*

(que no sea padre/tutor)

Dirección postal del estudiante: (si es diferente) \_\_\_\_\_ (City) \_\_\_\_\_ (State) \_\_\_\_\_ (Zip) \_\_\_\_\_  
(Calle o apartado postal (PO Box) y No. de apto.)

Origen étnico: Su hijo es hispano/latino:

Raza del estudiante: (Marque todo lo que proceda)

Ciudadano estadounidense:

Última escuela a la que asistió: \_\_\_\_\_ Escuela de Kentucky:

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

Dirección de la escuela: (Ciudad) \_\_\_\_\_ (País) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_

Anterior las Escuelas de Boone County asistían y años \_\_\_\_\_

### Padres/tutores que viven en el mismo hogar que el estudiante

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

### Hermanos que viven en el mismo hogar que el estudiante

|  |   |
|--|---|
| Nombre legal: _____ Sufijo: _____<br>Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____<br>Grado: _____ | Nombre legal: _____ Sufijo: _____<br>Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____ Grado: _____ |
| Nombre legal: _____ Sufijo: _____<br>Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____<br>Grado: _____ | Nombre legal: _____ Sufijo: _____<br>Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____ Grado: _____ |

### Padres/tutores que viven en una dirección diferente de la del estudiante

|  |  |
|--|--|
| ¿Tiene este padre/tutor custodia compartida? _____<br>¿Debe este padre/tutor recibir información escolar? ____<br>¿Tiene esta persona acceso legalmente restringido al estudiante? _____<br><small>(TIENE que suministrarse una copia de la orden judicial a la escuela.)</small><br>Nombre legal: _____ Sufijo: _____<br>Relación o parentesco con el estudiante: _____<br>Dirección: _____ | ¿Tiene este padre/tutor custodia compartida? _____<br>¿Debe este padre/tutor recibir información escolar? ____<br>¿Tiene esta persona acceso legalmente restringido al estudiante? _____<br><small>(TIENE que suministrarse una copia de la orden judicial a la escuela.)</small><br>Nombre legal: _____ Sufijo: _____<br>Relación o parentesco con el estudiante: _____<br>Dirección: _____<br>Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ |
|--|--|

## Servicios especiales

- ¿Tiene este estudiante necesidades especiales o recibe servicios de educación especial?
- ¿Tiene este estudiante un plan 504?
- ¿Recibe este estudiante servicios del habla?
- ¿Ha sido este estudiante formalmente identificado como superdotado/talento?

## Transporte

Transporte principal a la escuela (marque todo lo que proceda):

Transporte proporcionado por las escuelas del distrito de Boone:

## 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/tutor)

## 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/tutor, 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 proporcionarse 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 abandonar la escuela durante el 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 el año, comuníquese INMEDIATAMENTE con la oficina de la escuela.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_