

TIMS Copy _____
Cafeteria Copy _____
Library Copy _____

Revised 5/17

Escuelas del Condado Stanly
Forma de Matriculación del Estudiante

ID del Estudiante _____

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre Legal del Estudiante:

Apellidos _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Nombre de Preferencia _____ Fecha Nacimiento _____
Mes/Día/Año

Prueba de Edad: Partida de Nacimiento Otro: Por favor especifique _____

Género Masculino Femenino Seguro Social # (opcional) _____ - _____ - _____

Origen Étnico: Estudiante

- Es Hispano o Latino o de origen Español
 No es Hispano o Latino o de origen Español

Raza: (Marque todas las que apliquen)

- Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro Americano
 Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico Blanco

Grado _____ La Última Escuela que Asistió: _____

Ciudad _____ Estado _____

Si la última escuela que asistió no es del Condado Stanly, ¿el estudiante ha asistido a una escuela del Condado

Stanly antes? _____ Si asistió, ¿cuándo? _____ ¿Qué escuela? _____

INFORMACION DE CONTACTO

Dirección de la Casa _____

Ciudad/Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Correo (la misma de arriba) _____

Ciudad/Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Anunciado o No anunciado en la Guía (escoja uno)

País de Nacimiento _____

Fecha de la primera vez que se matriculó en una Escuela de los Estados Unidos _____

INFORMACION SOBRE EL PADRE/REPRESENTANTE (Si necesita más espacio para indicar el padre sin custodia e información de el/los padrastros, por favor solicite una copia adicional de esta página y adjúntelo a esta hoja.)

Nombre del Padre _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Teléfono Celular _____

Empleador _____

Ultimo grado que completó en la escuela _____ Correo Electrónico _____

Nombre de la Madre _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Teléfono Celular _____

Empleador _____

Ultimo grado que completó en la escuela _____ Correo Electrónico _____

INFORMACION DE LA VIVIENDA DEL ESTUDIANTE

El estudiante vive con (nombre del padre/representante) _____

Relación con el Estudiante:

- Madre & Padre Madre Solamente Padre Solamente
 Madre & Padrastro Padre & Madrastra Representante Legal

¿Existe una orden de custodia? Sí No Si existe, ¿quién es el representante primario? _____

El Estudiante vive:

- En una casa propia/alquilada por el padre o representante
 Con más de una familia en una casa propia/alquilada/alquilada por alguien más que no sea el padre/representante porque la familia no tiene su propia casa.

Otro: _____

- En una casa residencial pública o privada debido a negligencia delincuencia

Número de adultos en la casa _____ Número de niños en la casa _____

INFORMACION DE SALUD

¿Tiene su hijo alguna de las siguientes enfermedades?

- Asma Diabetes Convulsiones Desmayos Hiperactividad (ADHD)
 Condiciones del Corazón Migrañas Otro: _____

Por favor explique alguna respuesta positiva:

La medicación puede ser dada en la escuela **con una autorización y permiso del médico**. Por favor pida a la secretaria de la escuela una **Forma de Autorización Médica** si su hijo necesita que se le de una medicación en la escuela.

Nombre del Médico _____ Teléfono _____

Nombre del Dentista _____ Teléfono _____

NECESIDADES ESPECIALES IDENTIFICADAS

- El niño ha sido evaluado que necesita servicios especiales(eje. superdotado, lenguaje, dificultades en el aprendizaje)
- El niño tiene actualmente un Plan de Educación Individualizado (IEP)
- El niño tiene actualmente un plan 504
- No tiene necesidades especiales que hayan sido identificadas

IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA

¿Cuál es el primer idioma que el estudiante aprendió a hablar? _____

¿Qué idioma habla el estudiante más a menudo? _____

¿Qué idioma se habla más a menudo en casa? _____

INFORMACION SOBRE HERMANOS:

Otros niños que asisten a las escuelas del Condado Stanly:

1. Nombre _____ Relación _____

Edad _____ Género _____ Escuela _____

2. Nombre _____ Relación _____

Edad _____ Género _____ Escuela _____

3. Nombre _____ Relación _____

Edad _____ Género _____ Escuela _____

4. Nombre _____ Relación _____

Edad _____ Género _____ Escuela _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, la escuela tratará de llamar a los padres o al representante legal. Si no puede contactar a los padres o representante, por favor de los nombres de tres personas que puedan ser contactados:

Primer Contacto:

Nombre _____ Relación _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

¿Puede esta persona recoger al estudiante? Sí No

Segundo Contacto:

Nombre _____ Relación _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

¿Puede esta persona recoger al estudiante? Sí No

Tercer Contacto:

Nombre _____ Relación _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

¿Puede esta persona recoger al estudiante? Sí No

TRANSPORTACION

El estudiante va a ser transportado por: Bus Carro Va a caminar

La dirección de la casa será usada para la parada de bus: AM (mañana) PM (tarde) Ambos

El estudiante usará otro lugar que no sea la casa para la parada del bus-abuelos, guardería, etc.:

AM (mañana) PM (tarde) Ambos

Si usa otra dirección que no sea la casa para la parada del bus, por favor de provea la siguiente información:

Nombre de un Contacto Adulto: _____

Dirección _____

En caso de salir temprano, el estudiante va a ser transportada por: Bus Carro Va a caminar

Número de Licencia de Conducir del Estudiante _____ Fecha de Emisión _____

SCHOOL USE ONLY (PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE)

Student Name _____

Address _____ Grade _____

Date Student Enrolled _____ Enrollment Code _____ Student # _____

Immunizations Noted _____ Homeroom Code _____ School Code _____

Dates Records Requested _____ Date Records Received _____

Bus Run Number: AM _____ PM _____ Bus Stop Number: AM _____ PM _____

New Stop Address _____

New Stop Located Between Stops _____ and _____

High School Student's Intended Course of Study _____

Carolina del Norte
Condado Stanly

DECLARACION JURAMENTADA

Como padre, representante legal o tutor del estudiante que se ha matriculado en las Escuelas del Condado Stanly, yo por la presente confirmo lo siguiente:

- Que él/ella no está suspendido o expulsado de asistir a ninguna escuela pública o privada del Estado de Carolina del Norte o de ningún otro estado
- Que él/ella no ha sido acusado de algún delito en Carolina del Norte o en ningún otro estado.
- Entiendo que tengo 30 días para cumplir con los requisitos de las vacunas de Carolina del Norte.

Si no provee evidencia de vacunas dentro de 30 días, el estudiante puede ser suspendido de la escuela.

YO ENTIENDO QUE SI PROVEO INFORMACION FALSA EN ESTE FORMULARIO DE MATRICULACION, YO PUEDO SER ACUSADO DE UN DELITO MENOR Y PUEDO PAGAR A LAS ESCUELAS DEL CONDADO STANLY EL VALOR EQUIVALENTE AL COSTO DE LA EDUCACION DE MI HIJO/A.

Firma del Padre/Representante _____ Fecha _____

Jurado y suscrito ante mí el _____ día del mes _____ del 20 _____

Sello del Oficial del
Notario Publico _____

Mi comisión expira el _____ 20 _____