

Estado ID:	ENFIELD ESCUELAS PÚBLICAS - Información de Registro				Fecha de Entrada	
Identificación del Estudiante:						
ESTUDIANTE PRIMER NOMBRE	ESTUDIANTE SEGUNDO NOMBRE (Full)	ESTUDIANTE APELLIDO	Sufijo	Dominante Idioma	Género	YOG
					<input type="checkbox"/> Macho	
					<input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de nacimiento	Raza - Por favor, responda a las preguntas 1 y 2: (Códigos Oficial de la Federación)			Tutela:	# Escuela:	
	1. Es el estudiante Hispano / Latino?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		(Marque uno)	Consejero:	
Lugar de nacimiento: Ciudad y Estado	2. ¿Cuál es la raza del estudiante? (Marque una o más aún si su respuesta es "Sí" a la pregunta Hispano / Latino)			<input type="checkbox"/> Los padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre		
	<input type="checkbox"/> Indian / Alaska Native American	<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Fomentar <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Otros	Grado:	
Ciudadanos de los EE.UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico		Custodia de los hijos - Prueba necesario si	Aula:	
(Si no, mostrar prueba de su estatus migratorio)	<input type="checkbox"/> Blanco			Divorciado o Separado	Equipo:	
Estudiante vive con: # 1 Padre / Tutor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Padre Estado Civil: Marque uno: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo				
Nombre:	Relación	Dirección	Teléfono de la casa		Lugar de Empleo	
	email:		Teléfono celular		Teléfono:	
Estudiante vive con: # 2 del padre / tutor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Nombre:	Relación	Dirección	Teléfono de la casa		Lugar de Empleo	
	email:		Teléfono celular		Teléfono:	
Contacto de Emergencia (Aparte de los padres)		Relación	Contacto de Emergencia Teléfono:(Home)		(Celular)	
1.		1.	1.			
2.		2.	2.			
Nombre del médico	Teléfono del Médico	Hospital de Preferencia	Permitir Foto / Video			
			<input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, la decisión se mantendrá en efecto hasta que los cambios los padres/tutores.			
			<input type="checkbox"/> No			
Ha sido su hijo inscrito en la escuela? (En caso afirmativo, complete esta sección)			Experiencia Preescolar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Infantes a Tres Años
Nombre de la escuela:		Estudiante Grado Abandonó:	Preescolar / Guardería Nombre:		Programa	
Dirección:		Último día del estudiante que asistió:	Dirección:		<input type="checkbox"/> Sí	
		Educación Especial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:	# Años:	<input type="checkbox"/> No
Ciudad: Estado:	Código Postal:	Plan 504: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Información sobre viajes			Código Almuerzo:

Servicio de guardería:			<input type="checkbox"/> Bus AM # ____ <input type="checkbox"/> Bus PM # ____	SPED:	
Nombre:		Teléfono:	<input type="checkbox"/> guardería Van ____ <input type="checkbox"/> ____ Walker	ELL:	
Dirección:			Nivel del Padre / s Educación:		
Información sobre hermanos:	Nombre:	Grado: Fecha de Nacimiento:	Madre: <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> # Años Comercio / Tech __ <input type="checkbox"/> # Años Colegio __ <input type="checkbox"/> __ Otro		
	Nombre:	Grado: Fecha de Nacimiento:	Padre: <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> # Años Comercio / Tech __ <input type="checkbox"/> # Años Colegio __ <input type="checkbox"/> __ Otro		
PADRE / TUTOR FIRMA:		FECHA:	Original: Cum Estudiante Carpeta amarilla : Oficina Goldenrod : Orientación Pink : Nurse		