



Formulario de Inscripción

No escriba en las áreas sombreadas

TRANSPORTE

Autobús _____ Camina Sus Padres lo Recojen

Número del Estudiante	Grado	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de hoy	Escuela
Apellido legal		Nombre legal		Segundo nombre
Fecha de nacimiento / /	Lugar de nacimiento:	Ciudad	Estado	País
Distrito legal de domicilio <input type="checkbox"/> Distrito Escolar Clover Park <input type="checkbox"/> Otro _____				Prueba de edad
				Prueba de Dirección

INFORMACIÓN DE PROGRAMA

Está el alumno/a matriculado en: Programa de estudios dotado ELL (Inglés como Segundo Idioma) Educación Especial El Plan 504
 Terapia de Habla Otro _____

INFORMACIÓN DE HERMANOS/AS

Tienen otros hijos en escuelas de Clover Park? Si No Si afirma, favor de listar abajo: (Use hoja adicional si necesita)

Nombre y apellido _____ Escuela _____ Nombre y apellido _____ Escuela _____
Nombre y apellido _____ Escuela _____ Nombre y apellido _____ Escuela _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/GUARDIAN

Con quien vive el alumno: Ambos padres Madre Padre Abuelos Padre/Madrastra Madre/Padrastro Guardian
 Agencia Mismo Guardian(es) _____

HOGAR PRIMARIO Padre/ guardian donde el estudiante reside	GUARDIAN 1 Apellido (Legal)	Nombre		Segundo nombre	Idioma hablado	
	Número telefónico de domicilio ()	Número telefónico de trabajo ()	Número telefónico celular ()	Dirección de correo electrónico		
	Lugar de empleo _____	Activo Militar o empleado federal <input type="checkbox"/> Militar de reserva <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guarda costas <input type="checkbox"/> Cuerpo de infantería de marina <input type="checkbox"/> Marina de Guerra <input type="checkbox"/> Washington National Guardia <input type="checkbox"/> Otro _____ Rango _____				
	Ocupación/Unidad _____					
	Dirección residente	Número de apartamento / Complejo	Ciudad	Estado	Código postal	
	Dirección donde recibe el correo <input type="checkbox"/> Igual a la dirección de domicilio	Número de apartamento / Complejo	Ciudad	Estado	Código postal	
	GUARDIAN 2 Apellido (Legal)	Nombre		Segundo nombre	Idioma hablado	
	Número telefónico de negocio ()	Número telefónico celular ()	Dirección de correo electrónico			
	Lugar de empleo _____	Activo Militar o empleado federal <input type="checkbox"/> Militar de reserva <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guarda costas <input type="checkbox"/> Cuerpo de infantería de marina <input type="checkbox"/> Marina de Guerra <input type="checkbox"/> Washington National Guardia <input type="checkbox"/> Otro _____ Rango _____				
	Ocupación/Unidad _____					

Llene esta sección sólo si el estudiante tiene un padre o guardian legal que NO vive en la dirección arriba

SEGUNDO HOGAR Padre que no reside con estudiante	Apellido (Legal)	Nombre		Segundo nombre	Idioma hablado	
	Dirección residente	Número de apartamento / Complejo	Ciudad	Estado	Código postal	
	Parentesco: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro _____	Teléfono <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> Celular _____				
	Lugar de empleo _____	Activo Militar o empleado federal <input type="checkbox"/> Militar de reserva <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guarda costas <input type="checkbox"/> Cuerpo de infantería de marina <input type="checkbox"/> Marina de Guerra <input type="checkbox"/> Washington National Guardia <input type="checkbox"/> Otro _____ Rango _____				
	Ocupación/Unidad _____					
	Apellido (Legal)	Nombre		Segundo nombre	Idioma hablado	
	Dirección residente	Número de apartamento / Complejo	Ciudad	Estado	Código postal	
	Parentesco: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro _____	Teléfono <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> Celular _____				
	Lugar de empleo _____	Activo Militar o empleado federal <input type="checkbox"/> Militar de reserva <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guarda costas <input type="checkbox"/> Cuerpo de infantería de marina <input type="checkbox"/> Marina de Guerra <input type="checkbox"/> Washington National Guardia <input type="checkbox"/> Otro _____ Rango _____				
	Ocupación/Unidad _____					

EXISTE UN PLAN DE CRIANZA EN EFECTO? Si No Si su respuesta es si, una copia certificada del plan mas reciente, deberá estar en archivos de la escuela, para reenforsarlo. El padre o guardian legal que matricule deberá proveerla.

EXISTE UNA ORDEN DE RESTRICCIÓN EN EFECTO? Si No Si su respuesta es si, una copia certificada de la orden deberá estar en archivos de la escuela. El padre o guardian legal que matricule deberá proveerla.

Orden de restricción es contra: Madre Padre Otro _____

INFORMACIÓN MEDICA/DE SALUD				
Nombre y apellido de doctor		Número telefónico ()	Nombre y apellido de dentista	
Número telefónico ()				
Seguro contra accidente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Hospital preferido <input type="checkbox"/> Mary Bridge <input type="checkbox"/> St. Clare <input type="checkbox"/> Madigan <input type="checkbox"/> St. Joseph <input type="checkbox"/> Tacoma General <input type="checkbox"/> Otro _____		
Alergias y condiciones de salud				
CONTACTOS DE EMERGENCIA				
En caso de emergencia que incluye su hijo/a, si no podemos localizar los padres o guardianes por favor liste las personas que pueden recoger su hijo/a.				
Apellido		Nombre	Parentesco	Idioma que habla <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____
Dirección de domicilio		Ciudad		Estado
Código postal				
Lugar de empleo		Número telefónico de domicilio ()	Número telefónico de empleo ()	Extensión
Dirección de correo electrónico			Número telefónico celular ()	
Apellido		Nombre	Parentesco	Idioma que habla <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____
Dirección de domicilio		Ciudad		Estado
Código postal				
Lugar de empleo		Número telefónico de domicilio ()	Número telefónico de empleo ()	Extensión
Dirección de correo electrónico			Número telefónico celular ()	
DIRECCIÓN ALTERNATIVA (INCLUYE GUARDERIA)				
Instrucciones <input type="checkbox"/> Antes de ir a la escuela <input type="checkbox"/> Después de la escuela <input type="checkbox"/> Antes y después de la escuela		Número de calle	Nombre de calle	
Número de apartamento				
Nombre y apellido de persona encargada		Parentesco	Ciudad	Número telefonico de contacto ()
Instrucciones <input type="checkbox"/> Antes de ir a la escuela <input type="checkbox"/> Después de la escuela <input type="checkbox"/> Antes y después de la escuela		Número de calle	Nombre de calle	
Número de apartamento				
Nombre y apellido de persona encargada		Parentesco	Ciudad	Número telefonico de contacto ()
PERMISO				
Acceso al internet: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene permiso de: Caminar al domicilio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Manejar bicicleta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
En caso de cierre escolar por emergencia, su hijo tiene permiso de: (marke uno) <input type="checkbox"/> Permitirle ir en autobús <input type="checkbox"/> Retenerlo en la escuela <input type="checkbox"/> Caminar al domicilio <input type="checkbox"/> Permitirle ir en vehículo personal				
Otros comentarios: _____				

Alguna vez su hijo/a a sido suspendido o expulsado por violar las leyes de armas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fechas _____				
ESCUELAS ANTERIORES				
Escuela que asistio anteriormente		Ciudad	Estado	Fecha de matrícula / /
				Fecha de terminación / /
Escuela que asistio anteriormente		Ciudad	Estado	Fecha de matrícula / /
				Fecha de terminación / /
Escuela que asistio anteriormente		Ciudad	Estado	Fecha de matrícula / /
				Fecha de terminación / /
PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA				
1. En caso de que mi hijo seriamente se lastime o se enferme, y no se puede poner en contacto con la persona responsable en el hogar, yo por la presente, autorizo al director, o al autorizado agente escolar que haga lo que es en el mejor interés de mi niño.				
2. En caso de que mi hijo seriamente se lastime o se enferme, yo por la presente, autorizo al director, o al autorizado agente escolar de llamar una ambulancia como el primer procedimiento de emergencia.				
Persona inscribiendo al alumno				
Nombre y apellido _____		Firma _____		
Favor de escribir en letra de molde				
Parentesco _____		Fecha _____		
El Acto McKinney-Vento define niños sin hogar "individuos que carecen de un lugar fijo y adecuado como residencia nocturna" <input type="checkbox"/> Por favor proveerme con información sobre el acto McKinney-Vento.				