

MCFARLAND SCHOOL DISTRICT STUDENT ENROLLMENT FORM - Formulario de Matrícula de Estudiantes

El McFarland School District no discrimina a base de raza, color, religión, origen nacional, ascendencia, credo, embarazo, estado civil, orientación sexual, sexo, incluyendo el estado transexual, cambio de sexo o identidad de género, dominio del idioma inglés, edad, estado militar, o discapacidad física, mental, emocional o de aprendizaje en cualquier programa o actividad de estudiantes.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Student ID# _____ First Day of Class ____/____/____

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------|--|-------------|
| Apellido(s) Legal | Nombre Legal | Segundo Nombre Legal | Sufijo | Nombre usado si es diferente de nombre legal | Sexo M F |
| Fecha de Nacimiento | Lugar de Nacimiento (Ciudad, Condado, Estado) | País de Nacimiento si no es la EEUU | Grado que Entra 2015-16 | Teléfono en Casa de Estudiante () | |
| Raza/Origen Étnico: ¿Es la persona Hispano/Latino? (Marque uno) <input type="checkbox"/> No, no es Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Sí, Hispano o Latino | | ¿Es la persona de uno o más de estas razas? (Marque uno o más. Usted debe seleccionar tan siquiera uno.) <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco | | | |
| Historia de Matrícula: Nueva Matrícula Reingreso Matrícula Abierta ¿Ha asistido el estudiante al McFarland School District? Sí No ¿Cuándo? Grado_____ Año_____ | | | | | |
| Entrada de: 1er año de escuela Público de WI Privado de WI Otro Estado Educado en Casa Afuera de País | | | | | |
| La Escuela Anterior _____ Teléfono () _____ | | | | | |
| Dirección de La Escuela Anterior _____ | | Ciudad _____ | Estado _____ | CP _____ | |

INFORMACIÓN DE CASA

El estudiante vive con (Marque uno) Los dos Padres Padre/Padrastra-Madrastra Solo Madre Solo Padre Los dos Padres Alternativamente Guardián Legal Solo Hospedaje Otro _____

Mandato Judicial de la Custodia Sí No Si sí, es necesario entregar una copia de mandato a la oficina de la escuela para hacerlo efectivo.

| Información de Casa | Padre/Guardián Información de Casa Apellido(s), Nombre – Relación al Estudiante | Padre/Guardián Información de Casa Apellido(s), Nombre – Relación al Estudiante | Padre/Guardián Información de Casa Secundaria Apellido(s), Nombre – Relación al Estudiante |
|--|--|--|---|
| Dirección de Casa | | | |
| Dirección para Correo (si no es la residencia) | | | |
| Ciudad, Estado, CP | | | |
| Reciba Correo | Sí No | Sí No | Sí No |
| Dirección de Correo Electrónico | | | |
| Teléfono Casa/Celular/Trabajo | Casa () Celular () Trabajo () | Casa () Celular () Trabajo () | Casa () Celular () Trabajo () |

INFORMACIÓN DE HERMANOS

| | | | | | | |
|-------------|--------|---------------------|------|-------|------|-----------------------------------|
| Apellido(s) | Nombre | Fecha de Nacimiento | Edad | Grado | Sexo | Escuela que Atiende Presentemente |
| Apellido(s) | Nombre | Fecha de Nacimiento | Edad | Grado | Sexo | Escuela que Atiende Presentemente |
| Apellido(s) | Nombre | Fecha de Nacimiento | Edad | Grado | Sexo | Escuela que Atiende Presentemente |
| Apellido(s) | Nombre | Fecha de Nacimiento | Edad | Grado | Sexo | Escuela que Atiende Presentemente |

(Continuado)

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA/SALUD**Los Padres siempre serán el primer contacto, pero si no es posible ponerse en contacto con un padre, por favor llene contactos adicionales:**

| | | | | |
|--|------------------|---------------------|------------------|----------|
| 1er Nombre de Contacto-Preferido Local | Teléfono de Casa | Teléfono de Trabajo | Teléfono Celular | Relación |
| 2º Nombre de Contacto-Preferido Local | Teléfono de Casa | Teléfono de Trabajo | Teléfono Celular | Relación |

| | | | | |
|------------------|-------------------|----------|----------|----------|
| Nombre de Médico | Nombre de Clínica | Teléfono | Hospital | Teléfono |
|------------------|-------------------|----------|----------|----------|

En caso de emergencia, si no se puede contactar con los padres, ¿puede la escuela contactar a un médico? Sí No

¿Tiene el estudiante?: TDA/H Depresión Epilepsia Alergia Asma Diabetes Condición que amenaza la vida _____ Otro _____

¿Esta el estudiante bajo la supervisión médica y/o toma medicina? Sí No Si sí, describa _____

ENCUESTA DE LENGUA

¿Idioma más hablado a menudo en casa? _____ Si no es el Inglés, completar La Encuesta de Lengua en Casa (Se encuentra en el paquete o de la oficina escolar)

¿La primera lengua su niño/a comenzó a hablar? _____ ¿Su hijo/a ha sido matriculado por lo menos tres años consecutivos en una escuela de EEUU? Sí No

¿Su hijo/a ha estado en un programa de ESL/ELL? Sí No ¿Requieren a un intérprete para comunicación? Sí No

NECESIDADES ESPECIALES

¿Ha recibido su hijo/a servicios educativos especiales? Sí No

¿Tiene su hijo/a un Programa de Educación Individual (PEI)? Sí No

¿Tiene su hijo/a Modificaciones 504? Sí No

EXPULSIÓN

¿Ha sido el estudiante expulsado o está en el proceso de ser expulsado de otra escuela? Sí No Si sí, ¿Cuál escuela? _____ La razón _____

REVELACIÓN

- **Los Datos de Directorio:** "Los Datos de Directorio" significan aquellos archivos de estudiante que incluyen el Número de Estudiante de Wisconsin del estudiante (WSN), nombre, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, fotografía, fecha y lugar de nacimiento, el área principal de estudio, las fechas de asistencia, grado, el estado de matriculación, participación en actividades y deportes oficialmente reconocidas, peso y altura de miembros de equipos atléticos, grados, honores y premios recibidos y la agencia de educación o institución más reciente asistida, nombres paternos y profesor de aula o bloque. Se hace público a menos que notificado por escrito por Padre/Guardián Legal dentro de catorce (14) días después de registro.
- **Directorio de Estudiantes:** Los directorios de estudiante son publicados y distribuidos a familias para facilitar la comunicación entre estudiantes, padres y facultad. Cualquier otro uso es prohibido. Se hace público a menos que notificado por escrito por el Padre/Guardián Legal dentro de catorce (14) días después de registro.
- **Información de Salud:** Su firma abajo da permiso que la información médica de su niño sea compartida y que los contactos dados puedan sacar al niño de la escuela, si es necesario, por enfermedad o herida. Usted puede dar permiso a otros el día del incidente que saquen al niño.
- **Reclutadores Militares:** Los Derechos de Educación de Familia y la Ley de Privacidad (FERPA), una Ley Federal, requieren que distritos escolares cumplan con peticiones de reclutadores militares o instituciones de la enseñanza superior para los nombres, direcciones, y números de teléfono de estudiantes secundarios. Se hace público a menos que notificado por escrito por el Padre/Guardián Legal dentro de catorce (14) días después de registro.
- **Expulsiones:** Por este medio certifico que el niño registrado no ha sido expulsado y no es el sujeto de ninguna medida de expulsión pendiente de otro distrito escolar a menos que no revelado en la página 1.

Estoy de acuerdo que la información proporcionada aquí es completa y exacta. Entiendo que esta información está siendo usada por el distrito escolar para los objetivos de matricular a mi niño. Entiendo que la información incompleta o inexacta puede retrasar, prevenir o invalidar la matriculación de mi niño en la escuela. Consiento en informar puntualmente al distrito escolar de cualquier cambio de esta información, incluso cualquier cambio de la residencia de mi niño.

Firma de Padre/Guardián Requerida _____ Fecha _____

PARA USO DE OFICINA SÓLA:

Accepted by _____ Proof of Residency _____ Type _____ Birth Certificate _____ Language Survey Completed _____ Access Date _____