



Escuelas públicas del condado de Anne Arundel | LEA 02

## Información Personal y Familiar / Registro de Estudiantes

¿Es este cambio debido a una pérdida de vivienda permanente?  Sí  No

Nombre del Estudiante ( <i>Apellido, nombre, Segundo nombre</i> )			Sufijo	Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Grado	Año escolar
Fecha de Nacimiento ( <i>m/d/año</i> )	Lugar de Nacimiento		<b>Sólo para secundaria:</b> Visa F-1 o J1 estado		Transporte <input type="checkbox"/> Coche <input type="checkbox"/> Caminante <input type="checkbox"/> Autobús # _____	Servicios de educación especial <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504
Anteriormente asistió a las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Años de Estudio	Nombre de Escuela		Estudiante actualmente Suspendido / Expulsado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Razón
Raza: ( <i>elija el lo que corresponda</i> )	Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Afroamericano	Plan de salida de emergencia ( <i>elija uno</i> )	<input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Coche <input type="checkbox"/> Recogido en la escuela <input type="checkbox"/> Caminar a casa

### INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR (*documentación de custodia, si corresponde*)

<b>Contacto Primario</b>	Relación con el estudiante	<b>Contacto Secundario</b>	Relación con el estudiante
Nombre del adulto responsable en la dirección del estudiante ( <i>Apellido, nombre, segundo nombre</i> )		Nombre del adulto responsable en la dirección del estudiante ( <i>Apellido, nombre, segundo nombre</i> )	
Dirección física ( <i>calle</i> )		Dirección física ( <i>calle</i> )	
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad
Marque UN método de comunicación preferido para recibir llamadas telefónicas de asistencia automática	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro _____	Marque UN método de comunicación preferido para recibir llamadas telefónicas de asistencia automática
Correo Electronico	<input type="checkbox"/> Servicio militar activo <input type="checkbox"/> Empleado federal	Correo Electronico	<input type="checkbox"/> Servicio militar activo <input type="checkbox"/> Empleado federal
Empleador	Empleador	Empleador	Empleador
El contacto tiene los siguientes derechos. ( <i>Por favor marque todos los que apliquen</i> )	<input type="checkbox"/> Tiene custodia <input type="checkbox"/> Vive con estudiante <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia	El contacto tiene los siguientes derechos. ( <i>Por favor marque todos los que apliquen</i> )	<input type="checkbox"/> Tiene custodia <input type="checkbox"/> Vive con estudiante <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Recibe correspondencia

### INFORMACIÓN MÉDICA / DE EMERGENCIA (*En caso de emergencia, si no se puede contactar a un padre tutor, llame a:*)

<b>Contacto de emergencia #1</b>	Relación con el estudiante	<b>Contacto de emergencia #2</b>	Relación con el estudiante
Nombre de contacto ( <i>Apellido, nombre, segundo nombre</i> )		Nombre de contacto ( <i>Apellido, nombre, segundo nombre</i> )	
Teléfono de casa	Celular	Teléfono de casa	Celular
Teléfono del trabajo	Otro teléfono _____	Teléfono del trabajo	Otro teléfono _____
Correo Electronico	Correo Electronico	Correo Electronico	Correo Electronico
El contacto tiene los siguientes derechos. ( <i>Por favor marque todos los que apliquen</i> )	<input type="checkbox"/> Tiene custodia <input type="checkbox"/> Vive con estudiante <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia	El contacto tiene los siguientes derechos. ( <i>Por favor marque todos los que apliquen</i> )	<input type="checkbox"/> Tiene custodia <input type="checkbox"/> Vive con estudiante <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Recibe correspondencia
Preocupaciones médicas ( <i>alergias, asma, diabetes, etc.</i> )	Medicina(s)	Preocupaciones médicas ( <i>alergias, asma, diabetes, etc.</i> )	Medicina(s)

### INFORMACIÓN DE HERMANOS (HERMANOS)

Nombre ( <i>Apellido, nombre, segundo nombre</i> )	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado
Nombre ( <i>Apellido, nombre, segundo nombre</i> )	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado
Nombre ( <i>Apellido, nombre, segundo nombre</i> )	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado

Por la presente declaro y afirmo, bajo pena de perjurio, que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

#### Uso exclusivo para la Escuela

Fecha de entrada	Código de entrada	SIF #	SASID #	Formulario de transferencia MD <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registros solicitados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Firma Oficial de la Escuela		Título		Fecha	