

Escuelas públicas del condado de Anne Arundel | LEA 02 **Información personal y familiar/Inscripción de estudiantes**Escuela a la que se inscribe: _____ Año escolar: _____ ¿Este traslado es debido a una pérdida de vivienda permanente? Sí No**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre legal del estudiante (<i>apellido(s), nombre, segundo nombre</i>)		Nombre de preferencia	Sufijo	Género <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No binario	Grado	Fecha de nacimiento (<i>mes/día/año</i>)
Lugar de nacimiento	Sólo para secundaria: Estatus de visado F-1 o J-1	Transporte <input type="checkbox"/> automóvil <input type="checkbox"/> caminante <input type="checkbox"/> autobús escolar # _____			Servicios de Educación Especial <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504	
¿Ha asistido su estudiante a alguna(s) escuela(s) en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año(s) de asistencia	Escuela a la que asistió más recientemente				
¿Asistió previamente a las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año(s) de asistencia	Número de identificación del estudiante	Escuela/programa			
Estudiante actualmente suspendido/expulsado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Motivo	Plan de salida en caso de emergencia (<i>escoja una opción</i>) <input type="checkbox"/> autobús escolar <input type="checkbox"/> automóvil <input type="checkbox"/> recogido(a) en la escuela <input type="checkbox"/> camina a casa				
Raza/etnia (<i>marque todo lo que corresponda</i>) <input type="checkbox"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> Nativo americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco						
De acuerdo con los requisitos federales y estatales, la siguiente información se recopilará de todos los estudiantes y se usará solo para evaluar los servicios de apoyo del idioma inglés y no se usará para asuntos de inmigración ni se informará a las autoridades de inmigración.		¿Qué idioma(s) aprendió a hablar primero el estudiante?	¿Qué idioma utiliza el estudiante con más frecuencia para comunicarse?	¿Qué idioma(s) se habla(n) en su hogar?		

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL (*documentos de custodia, si corresponde*)

Contacto primario	Relación con el estudiante	Idioma de preferencia	Contacto secundario	Relación con el estudiante	Idioma de preferencia
Nombre del adulto responsable en la dirección del estudiante (<i>apellido(s), nombre, segundo nombre</i>)			Nombre del adulto responsable en la dirección del estudiante (<i>apellido(s), nombre, segundo nombre</i>)		
Dirección física (<i>calle</i>)			Dirección física (<i>calle</i>)		
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Marque UN método de comunicación preferido para recibir llamadas telefónicas automatizadas acerca de asistencia <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular		Marque UN método de comunicación preferido para recibir llamadas telefónicas automatizadas acerca de asistencia <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular	
	<input type="checkbox"/> Otro _____			<input type="checkbox"/> Otro _____	
Correo Electrónico			Correo Electrónico		
Empleador <input type="checkbox"/> Servicio militar activo <input type="checkbox"/> Empleado federal			Empleador <input type="checkbox"/> Servicio militar activo <input type="checkbox"/> Empleado federal		
El contacto tiene los siguientes derechos. (<i>Por favor marque TODO lo que corresponda</i>) <input type="checkbox"/> Tiene custodia <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Puede recoger de la escuela <input type="checkbox"/> Recibe correspondencia <input type="checkbox"/> Vive con estudiante			El contacto tiene los siguientes derechos. (<i>Por favor marque TODO lo que corresponda</i>) <input type="checkbox"/> Tiene custodia <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Puede recoger de la escuela <input type="checkbox"/> Recibe correspondencia <input type="checkbox"/> Vive con estudiante		

INFORMACIÓN MÉDICA / DE EMERGENCIA *En caso de emergencia, si ninguno de los padres/tutor legal puede ser localizado, llame a:*

Contacto de emergencia #1	Relación con el estudiante	Contacto de emergencia #2	Relación con el estudiante
Nombre de contacto (<i>apellido(s), nombre, segundo nombre</i>)		Nombre de contacto (<i>apellido(s), nombre, segundo nombre</i>)	
Teléfono de casa	Celular	Teléfono de casa	Celular
Teléfono del trabajo	Otro teléfono _____	Teléfono del trabajo	Otro teléfono _____
Correo Electrónico		Correo Electrónico	
El contacto tiene los siguientes derechos. (<i>Por favor marque TODO lo que corresponda</i>) <input type="checkbox"/> Tiene custodia <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Puede recoger de la escuela <input type="checkbox"/> Recibe correspondencia <input type="checkbox"/> Vive con estudiante		El contacto tiene los siguientes derechos. (<i>Por favor marque TODO lo que corresponda</i>) <input type="checkbox"/> Tiene custodia <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Puede recoger de la escuela <input type="checkbox"/> Recibe correspondencia <input type="checkbox"/> Vive con estudiante	
Cuestiones médicas (<i>alergias, asma, diabetes, etc.</i>)		Medicación	

INFORMACIÓN DE LOS HERMANOS/HERMANAS

Nombre (<i>apellido(s), nombre, segundo nombre</i>)	Número de identificación del estudiante de AACPS	Escuela	Grado
Nombre (<i>apellido(s), nombre, segundo nombre</i>)	Número de identificación del estudiante de AACPS	Escuela	Grado
Nombre (<i>apellido(s), nombre, segundo nombre</i>)	Número de identificación del estudiante de AACPS	Escuela	Grado

Por la presente declaro y afirmo bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del Padre / Tutor legal _____ Fecha _____

Completado por un empleado de AACPS en nombre del padre/madre/tutor legal.

For School Use Only

Entry Date	Entry Code	SIF#	SASID#	MD Transfer Form <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Records Requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
School Official Signature			Title	Date	