



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	Sólo para secundaria: 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"/> Recogido en la escuela	<input type="checkbox"/> Coche <input type="checkbox"/> Caminar a casa

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

Contacto Primario	Relación con el estudiante	Contacto Secundario	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"/> Celular	Marque UN método de comunicación preferido para recibir llamadas telefónicas de asistencia automática <input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Celular
<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro _____
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	
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:*)

Contacto de emergencia #1	Relación con el estudiante	Contacto de emergencia #2	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	
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"/> Recibe correspondencia <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"/> Recibe correspondencia <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia	
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	