



Información personal y familiar/Matrícula estudiantil *Personal & Family Information/Student Registration*

¿Es este traslado debido a la pérdida permanente de su vivienda? Sí No *(Is this move due to a loss of permanent housing?)*

Nombre del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre) <i>Student's Name</i>		Sufijo (Suffix)	Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Femenino (Female) <input type="checkbox"/> Masculino (Male)	Grado (Grade)	Año escolar (School Year)
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) Aporte dos pruebas de residencia <i>(Residence Address—Provide 2 forms of proof)</i>			Transporte (Transportation) <input type="checkbox"/> Autobús (Bus) <input type="checkbox"/> Automóvil (Car) <input type="checkbox"/> Caminante (Walker)	Número de teléfono (Home Phone)	
Fecha de nacimiento (Birthdate)	Lugar de nacimiento (Birthplace)	Raza/grupo étnico: (marque todas las casillas que le conciernen) <i>(Race/Ethnicity)</i> <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska (American Indian/Alaskan Native) <input type="checkbox"/> Asiático (Asian) <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano (Black or African-American)		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico (Native Hawaiian/other Pacific Islander) <input type="checkbox"/> Blanco (White) Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Hispanic/Latino)</i>	
¿Ha asistido previamente a las escuelas públicas del condado de Anne Arundel? <i>(Previously attended AACPS?)</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año(s) de asistencia <i>(Year(s) Attended)</i>	Nombre de la escuela (Name of School)	Secundaria solamente: F-1 o J1 Estado migratorio <i>(Secondary only: F-1 or J1 immigration status)</i>	Educación especial (Special Education) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asignatura(s) (Subject(s))
Nombre del adulto responsable en la dirección del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre) <i>(Name of Responsible Adult at Student's Address)</i>			El estudiante se encuentra actualmente suspendido/expulsado <i>(Student Currently Suspended/Expelled)</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Razón (Reason)	
El estudiante reside con: <i>(Student Resides with)</i> <input type="checkbox"/> ambos padres (Both parents) <input type="checkbox"/> padre /madrastra (Father/Stepmother) <input type="checkbox"/> solamente con el padre (Father only) <input type="checkbox"/> padre/pareja (Father/Partner) <input type="checkbox"/> otro (Other) <input type="checkbox"/> madre/padrastro (Mother/Stepfather) <input type="checkbox"/> solamente con la madre (Mother only) <input type="checkbox"/> madre/pareja (Mother/Partner) <input type="checkbox"/> tutor(es) legal(es) (Guardian(s))					

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES *(Documentos de custodia si concierne) Parent/Guardian Information (custody paperwork, if applicable)*

Nombre del padre/madre/tutor legal (si es otro que el adulto responsable anotado arriba) <i>(Parent/Guardian Name (if other than responsible adult above))</i>		Relación (Relationship)	
Dirección del padre/madre/tutor legal (si es diferente del anotado arriba) <i>(Parent/Guardian Address (if different than above))</i>		e-mail	
Cabeza de familia (apellido, nombre, segundo nombre) <i>(Head of Household)</i> <input type="checkbox"/> madre (Mother) <input type="checkbox"/> madrastra (Step-Mother) <input type="checkbox"/> otro (Other)	Cabeza de familia (apellido, nombre, segundo nombre) <i>(Head of Household)</i> <input type="checkbox"/> padre (Father) <input type="checkbox"/> padrastra (Step-Father) <input type="checkbox"/> otro (Other)		
Empresa (Employer)	Dirección de la empresa (Employer Address)	Empresa (Employer)	Dirección de la empresa (Employer Address)
Teléfono del trabajo (Work Phone)		Teléfono del trabajo (Work Phone)	
Teléfono celular (Cell Phone)		Teléfono celular (Cell Phone)	

INFORMACIÓN DE LOS HERMANOS/AS *(Sibling Information—Brothers/Sisters)*

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) <i>Name</i>	Fecha de nacimiento (Birthdate)	Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Femenino (Female) <input type="checkbox"/> Masculino (Male)	Escuela (School)	Grado (Grade)
Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) <i>Name</i>	Fecha de nacimiento (Birthdate)	Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Femenino (Female) <input type="checkbox"/> Masculino (Male)	Escuela (School)	Grado (Grade)
Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) <i>Name</i>	Fecha de nacimiento (Birthdate)	Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Femenino (Female) <input type="checkbox"/> Masculino (Male)	Escuela (School)	Grado (Grade)

INFORMACIÓN MÉDICA / DE EMERGENCIA EN CASO DE EMERGENCIA, si no pueden ponerse en contacto con ninguno de los padres/tutores legales, llamen a: *(Medical/emergency information)*

Nombre (Name)	Relación (Relationship)	Teléfono (Phone)
Nombre (Name)	Relación (Relationship)	Teléfono (Phone)
Preocupación médica (asma, diabetes) <i>(Medical Concerns)</i>	Medicación (Medication)	Alergias (allergies)

Declaro solemnemente y afirmo bajo pena de perjurio que la información en este documento es verdadera y correcta según mi entender, información y creencia.

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

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	