

School \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Area No.  Entry Date: \_\_\_\_\_ Permanent ID# \_\_\_\_\_  
 (Office Use Only)

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Circúle el presente grado)  
 Apellido Primero Segundo Mes. Día Año Grado: K 1 2 3  
 4 5 6 7 8

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Postal (Sí es diferente) \_\_\_\_\_ Número Postal: \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Escuela Anterior \_\_\_\_\_

Que Asistió \_\_\_\_\_

Escuela Dirección Ciudad Estado Zona Postal

¿Ha estado anteriormente su estudiante en este Distrito? Si o No Año \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Circúle uno

**INFORMACION DE LOS PADRES Y/O GUARDIAN** OCUPACION / PATRON TELEFONO DE TRABAJO

Padre Apellido Primero Ocupación Patrón Teleéfono

Madre Apellido Primero Ocupación Patrón Teleéfono

Guardián Apellido Primero Ocupación Patrón Teleéfono

Otros Adultos viviendo en su casa \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

**Parent Education Level (circulo uno)**

Padre:	Not a High School Graduate	High School Graduate	Some College	College Grad	Post Graduate
Madre:	Not a High School Graduate	High School Graduate	Some College	College Grad	Post Graduate

**EL ESTUDIANTE VIVE CON**

- (Favor de marcar  uno)
- Padre y madre
  - No más el Padre
  - No más la Madre
  - Padre y Madrastra
  - Padre y Otra Persona
  - Madre y Padrastro
  - Madre y Otra Persona
  - Padres Adoptivas
  - Guardián Legal Relación: \_\_\_\_\_

**¿Cuál es la etnicidad de su hijo(a)?**(Marcando uno)  
 Hispanic or Latino  Sí  No

**¿Cuál es la raza de su hijo(a)?**

- American Indian or Alaskan
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or other Pacific Islander
- White

*Marcando uno o más de los cuadritos, para indicar la que consideras que es tu raza.*

¿En los dos años pasados, su estudiante ha participado en estos programas?

- (Favor de marcar los que pertenecen a su estudiante)
- Especialista de Recurso
  - Clase de Día Especial
  - Del Habla
  - Consejera/o
  - Otro Explica: \_\_\_\_\_
  - Sobresalientes en
  - Capacidad Mental
  - Educacion Fisica Adaptativa
  - Escuela Alternativa

¿Tiene su estudiante un plan del 504? Si o No Año \_\_\_\_\_

Su estudiante ha tenido problemas con: La Vista \_\_\_\_\_ Los Oídos \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha sido su estudiante expulsado o trasladado involuntariamente? Si o No Expulsado o Traslado \_\_\_\_\_ ¿Que Grado? \_\_\_\_\_

¿Esta su estudiante bajo libertad vigilada? (circúle uno) Si o No N/A Nombre del Oficial de Vigilancia \_\_\_\_\_