FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR DE ESTELLINE

[Traducido del inglés al español - www.onlinedoctranslator.com](https://www.onlinedoctranslator.com/es/?utm_source=onlinedoctranslator&utm_medium=docx&utm_campaign=attribution)

GRADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO ESCOLAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GÉNERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PADRES/TUTORES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELÉFONO DE CASA: #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CELULAR DEL PADRE #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CELULAR DE LA MADRE #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE TRABAJO DEL PADRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE TRABAJO DE LA MADRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL DEL PADRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO DE LA MADRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Si es diferente al anterior)

DIRECCIÓN POSTAL DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POR FAVOR MARQUE SI LE GUSTARÍA QUE SU CORREO ELECTRÓNICO Y NÚMERO DE TELÉFONO SE AÑADIRAN A LA LISTA DE NOTIFICACIONES DE LA ESCUELA. (ESTO ES IMPORTANTE PARA MANTENERSE INFORMADO)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO

¿ES EL ESTUDIANTE UN ESTUDIANTE DE INSCRIPCIÓN ABIERTA? \_\_\_\_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_\_\_\_NO

SI ES ASÍ, ¿QUÉ DISTRITO? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EN CASO DE UNA LESIÓN O ACCIDENTE DEL ESTUDIANTE, LOS PADRES SERÁN NOTIFICADOS INMEDIATAMENTE. SI LOS PADRES NO ESTÁN DISPONIBLES, SE CONTACTARÁ CON EL TUTOR MÁS CERCANO. POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE:

PERSONA ALTERNA PARA LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MÉDICO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NÚMERO DE CLÍNICA / HOPSITAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ATENCIÓN DE EMERGENCIA: SI ES NECESARIO UNA ATENCIÓN DE EMERGENCIA O INMEDIATA, QUIERO QUE MI HIJO(S) RECIBA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS LOCALES. \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_\_ NO

FIRMA DE LOS PADRES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿ALGUNA ENFERMEDAD, PROBLEMA DE SALUD O ALERGIAS ALIMENTARIAS DEBE TENER EN CUENTA?

(SE ESPECÍFICO)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE LA ETNICIDAD DEL ESTUDIANTE:

ES EL INDIVIDUAL HISPANO / LATINO: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

¿ES EL INDIVIDUO DE UNA O MÁS DE ESTAS RAZAS? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

\_\_\_\_\_ INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA

\_\_\_\_\_ ASIÁTICO

\_\_\_\_\_ NEGRO O AFROAMERICANO

\_\_\_\_\_ NATIVO DE HAWAI U OTRA ISLA DEL PACÍFICO

\_\_\_\_\_ BLANCO

RAZA PRIMARIAL:

\_\_\_\_\_ AS: ASIÁTICO

\_\_\_\_\_ BL: NEGRO

\_\_\_\_\_ HI: HISPANO

\_\_\_\_\_ IN: INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKAN

\_\_\_\_\_ IP: NATIVO HAWAIANO U OTRA ISLA DEL PACÍFICO

\_\_\_\_\_ DR: DOS RAZAS: POR FAVOR ANOTE LAS RAZAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ BLANCO: BLANCO, NO HISPANO

¿Qué idioma se habla con más frecuencia en casa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? (Esto podría aplicarse a situaciones de adopción y a los efectos del primer idioma en cualquier otro idioma que se aprenda) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia en casa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué idioma le habla con más frecuencia a su hijo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿SU SITUACIÓN DE VIDA ACTUAL O DIRECCIÓN SE CONSIDERA TEMPORAL? (Responder sí no afecta la aceptación de la inscripción) \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO

CIUDADANÍA:

\_\_\_\_\_ CIUDADANO ESTADOUNIDENSE

\_\_\_\_\_ RESIDENTE EXTRATERRESTRE

\_\_\_\_\_ INMIGRANTE: ¿ESTE PRIMER AÑO EN EL PAÍS? \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO

\_\_\_\_\_ REFUGIADO: ¿ESTE PRIMER AÑO EN EL PAÍS? \_\_\_\_\_SÍ \_\_\_\_\_ NO

\_\_\_\_\_ ESTUDIANTE DE INTERCAMBIO

PADRE MILITAR ACTIVO: ¿ESTÁ ALGUNO DE LOS PADRES ACTUALMENTE EN SERVICIO MILITAR ACTIVO?

\_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO

INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO: El estado de Dakota del Sur permite que se comparta automáticamente la información del directorio. Los padres tienen derecho a optar por no participar. Si opta por no participar, un estudiante no aparecerá en el anuario, ni aparecerá en las actividades o programas escolares, etc. ¿Le gustaría optar por no compartir la información del directorio de su hijo? \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO

PARA NUESTRO CENSO ESCOLAR: POR FAVOR INDIQUE LOS NOMBRES Y FECHAS DE NACIMIENTO DE LOS HERMANOS MENORES EN CASA.

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE CUMPLEAÑOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE CUMPLEAÑOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE CUMPLEAÑOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE CUMPLEAÑOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿NECESITARÁ SERVICIO DE AUTOBÚS? SÍ \_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DE LA MAÑANA \_\_\_\_\_ DE LA TARDE \_\_\_\_\_ AMBOS