



REGISTRO DEL ALUMNO
(Favor de completar ambos lados del formulario)

School _____
No. de Identificación _____

DATOS PERSONAL DEL ALUMNO

Nombre del Alumno _____ Sexo: ___ Masculino ___ Femenino ___
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección _____ Teléfono de Casa _____ Celular _____
Calle Ciudad Código de Area

Condado _____

Fecha de Nacimiento _____ País de Nacimiento _____
País Ciudad

Cheque los que son pertinentes-

Raza: ___ Blanca /No Hispana ___ Negra /No Hispana ___ Hispano ___ Islas Pacificas
___ Multirracial ___ Asiático ___ Indio Americano ___ Indígena Alaska

- 1. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió a hablar? _____
- 2. ¿Qué idioma habla su hijo(a) en casa? _____
- 3. ¿Qué idioma habla usted cuando esta **hablando con su hijo(a)**? _____
- 4. ¿Qué idioma hablan los adultos en la casa la mayoría del tiempo? _____
- 5. ¿Cuántos Días/Meses/Años ha atendido su hijo(a) la escuela en los Estados Unidos? _____

Numero de Seguro Social (opcional) _____

¿Tiene su hijo(a) una discapacidad que puede ser comprobada? (I.E.P., Plan 504, Plan de Servicios)? (Incluyendo terapia de hablar/lengua)
___ SI ___ NO Si su respuesta es SI, favor de explicar la discapacidad _____

DATOS DE LOS PADRES

PADRE

Nombre _____
Apellido Primer Nombre

País de Nacimiento _____

Lugar de Empleo _____

MADRE

Nombre _____
Apellido Apellido de Soltera Primer Nombre

País de Nacimiento _____

Lugar de Empleo _____

PADRASTRO

Nombre _____
Apellido Primer Nombre

Lugar de Nacimiento _____

Lugar de Empleo _____

MADRASTRA

Nombre _____
Apellido Apellido de Soltera Primer Nombre

Lugar de Nacimiento _____

Lugar de Empleo _____

DATOS DE LA CUSTODIA LEGAL

Nombre del Custodio _____

¿Hay restricciones en la custodia? _____ SI _____ NO **Si su respuesta es SI necesitamos documentos**

¿Con quien vive el alumno? _____ Padre _____ Madre _____ Padrastro _____ Madrastra _____ Otro

Nombre _____

HERMANOS

Nombre	Edad	Nombre	Edad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DATOS ESCOLAR

Fecha inicial en esta escuela _____ Grado en esta escuela _____
Mes Día Año

¿Ha asistido anteriormente las escuela del **Distrito Escolar de Hamilton**? _____ SI _____ NO

Si su respuesta es SI, favor de indicar la escuela _____ Año _____

¿Ha repetido algún grado? _____ SI _____ NO Por favor liste los grados _____

¿Cuál fue la ultima escuela asistida por su hijo(a)? _____

Ciudad y Estado de la escuela _____

Fechas atendidas: DE _____ A _____
Mes/Año Mes/Año

Para las escuelas primarias: ha asistido su hijo(a):

ESCUELA PREESCOLAR _____ SI _____ NO
GUARDERÍA _____ SI _____ NO

HEAD START _____ SI _____ NO
KINDERGARTEN _____ **TOD**O EL DIA _____ **MEDIO** DIA

FIRMAS

Firma Fecha Relación al Alumno

Su Hijo(a) puede ser excluido de la escuela si no esta al día con sus vacunas, necesitamos una carta del doctor o clínica firmada.

OFFICE USE ONLY

Immunization _____
Physical _____
Vision _____
Hearing _____
Record Release Form _____
Proof of Residency _____
Birth Certificate _____
OR Hospital Record _____
Custody Papers _____
Record on SAID screen _____
Other _____