

Formulario de inscripción estudiantil

Esta sección la debe llenar el padre o tutor:

For Official Use Para uso oficial		
<input type="checkbox"/> ES	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> HS
<input type="checkbox"/> GE	<input type="checkbox"/> SE	<input type="checkbox"/> ELL

Información del estudiante

APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	N.º DE IDENTIFICACIÓN ESTUDIANTIL
DIRECCIÓN (N.º de casa, calle, n.º de apto., ciudad, estado, código postal)				TELÉFONO DE LA CASA	
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	EDAD	GÉNERO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Ni femenino ni masculino	LUGAR DE NACIMIENTO		IDIOMA MATERNO
NOMBRE, CIUDAD, ESTADO DE LA ÚLTIMA ESCUELA (o de la escuela actual)					ÚLTIMO GRADO CURSADO
INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO: ¿El estudiante tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> SÍ ⇒ Si su respuesta es SÍ, ¿qué tipo de cobertura tiene? <input type="checkbox"/> Seguro médico privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Child Health Plus B <input type="checkbox"/> NO ⇒ Si su respuesta es NO, ¿desea que se comuniquen con usted para Obtener cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				ALERTA MÉDICA: ¿El estudiante tiene algún problema médico que pueda afectar su participación en actividades físicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN ESPECIAL: ¿El estudiante recibe servicios de educación especial? <input type="checkbox"/> SÍ ⇒ Si su respuesta es SÍ, ¿tiene una copia del Programa de Educación Individualizado (<i>Individualized Education Plan, IEP</i>)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NO					

STUDENT NAME: LAST

Información del padre o tutor

APELLIDO		NOMBRE		PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE	
DIRECCIÓN (N.º de casa, calle, n.º de apto., ciudad, estado, código postal)			IDIOMA DE PREFERENCIA DEL PADRE O TUTOR ESCRITO: _____ HABLADO: _____		
TELÉFONO DE LA CASA		TELÉFONO CELULAR O DEL TRABAJO		EMAIL DEL PADRE O TUTOR	

FIRST

To Be Completed by Enrollment Staff (Esta sección la llena el personal de inscripción):

Registration (check one): <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Re-admit to NYC DOE (less than 1 year) <input type="checkbox"/> Re-admit to NYC DOE (longer than 1 year) <input type="checkbox"/> Code 10 Return (If Code 10 Return): <input type="checkbox"/> Student has current transcript <input type="checkbox"/> Transcript request made to out-of-New York City school Transfer Request (check one): <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Travel (HS only) <input type="checkbox"/> Child Care (ES only) <input type="checkbox"/> Sibling (ES only) <input type="checkbox"/> Other (please specify): _____ Notes: _____	Disposition: _____ Enrolled School Name _____ DBN _____
	Referred to: School Name _____ DBN _____
	1) _____
	2) _____
	3) _____

DATE:

Me reuní con un consejero y entiendo mis opciones y el proceso de asignación de cupo escolar. Entiendo la información presentada y recibí la información necesaria para proceder.

Nombre y firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre y firma del consejero: _____

Comentarios adicionales: _____