

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR DE DAYTON

For office use only

Today's Date _____ Date Enrolled/Effective Date _____ Student ID# _____ Campus _____ Homeroom/Advisor _____ Verified by _____

Nombre del Estudiante: _____
Apelido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nac. _____ Lugar de Nac. : _____ Grado: _____ Raza: _____
Ciudad Estado/País

Número de Seguro Social del Estudiante: _____ Género: M F Fecha en que entró en 9no grado: _____
(Para estudiantes de DHS solamente)

El estudiante vive con: Ambos Padres Madre Padre Abuelo(s) Representante(s) Otro

Padre/Representante con el cual vive el estudiante: _____

Dirección: _____ Email: _____

Relación: _____ Telf. Hogar: _____ Celular: _____ Telf. Trabajo: _____

Padre 2/Representante 2 (que vive en la misma casa): _____ Relación: _____

Email: _____ Celular: _____ Telf. Trabajo: _____

Dirección de correo (si es diferente): _____

Explicación de cómo llegar a la casa del estudiante: _____

En caso de una emergencia, en la que no se ha podido contactar a la madre o al padre, por favor llamar:

Nombre: _____ Telf.: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Telf.: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Telf.: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Telf.: _____ Relación: _____

El estudiante usará el autobús? Sí No Si sí: Número autobús A.M. _____ Número autobús P.M. _____

¿Se permite el castigo corporal? Sí No Llamar Primero

Nombres , apellidos y grados de los hermanos (y hermanastros que viven en la misma casa), y que asisten a escuelas del distrito escolar de Dayton ISD:

Última escuela a la que asistió: _____ Telf.: _____ Fax: _____
Nombre de la escuela y el distrito

Dirección de la última escuela: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

¿El estudiante ha repetido algún grado? Sí No Si sí, cuál grado(s) _____

¿El estudiante ha estado inscrito en el distrito escolar de Dayton anteriormente? Sí No Si sí, cuál grado(s) _____

El estudiante alguna vez ha recibido servicios de educación especial? Si es así, por favor indique todos los recibidos:

ESL BIL Dotados/Talentos Educación Especial Lenguaje 504 Programa de almuerzos gratis o Reducido

¿El estudiante recibió algunos de estos servicios este año o el año pasado? Sí No

*****POR FAVOR COMPLETE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO*****

Información sobre el representante que no tiene la custodia: Si el estudiante tiene un representante que vive en una casa separada del estudiante, y ese representante tiene contacto regular y permisible con el estudiante (custodia compartida, visitas, etc.), por favor proporciónenos esta información de contacto. (NOTA – *si el estudiante tiene un representante que no tiene su custodia, y con el cual no tiene ningún contacto, no tiene que proveernos su nombre y dirección en este formulario*).

Nombre del representante que no tiene su custodia: _____ Relación con el niño(a): _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Telf. Casa: _____ Celular: _____ Email: _____

Si usted tiene asuntos de custodia con su niño(a) y hay ciertos individuos que no pueden estar en contacto con su niño(a) (por dictámen de una corte), por favor indíquelo aquí. Sí No
(Por favor asegúrese de entregarle a la escuela una copia del dictámen de la corte.)

Según el Proyecto de Ley del Estado 1432, TODOS los estudiantes que se inscriben en CUALQUIER escuela de Texas, deben proveer la siguiente información:

Nombre de la persona que inscribe al estudiante: _____

Dirección de la persona que inscribe al estudiante: _____

Fecha de Nacimiento de la persona que inscribe al estudiante: _____

Información Médica:

Mi niño(a) tiene una alergia alimenticia o una alergia alimenticia severa que yo pienso debe ser informada al distrito para que el distrito tome las precauciones necesarias para la seguridad del niño(a) . Sí No

Si sí, por favor indique el/los alimento(s) al que es alérgico y la naturaleza de la reacción alérgica.

Otras alertas de salud/inquietudes/alergias: _____

Medicamentos Diarios: _____

Por medio de la presente autorizo al personal del Distrito Escolar de Dayton a darle tratamiento de primeros auxilios para la salud del niño(a) nombrado en este formulario. Además, los oficiales del distrito están autorizados para tomar cualquier acción que, a su juicio, consideren necesaria para la salud del niño mencionado anteriormente, en caso de que ocurra una emergencia. No haré responsable al distrito por los costos incurridos en cuidados de emergencia o transporte del niño en cuestión.

Firma del Representante

Doy fe de que toda la información contenida en este formulario es correcta. Si cualquier información cambia durante el transcurso de este año escolar, le notificaré a la escuela de mi representado de inmediato.

Firma del Representante

Fecha

Mejor número de teléfono para comunicarnos durante el día con el representante si tenemos preguntas adicionales:
