



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL KINDER

_____ (Apellido legal)

_____ (Nombre legal)

_____ (Apodo)

_____ (Segundo Nombre)

El estudiante vive con (*circule uno por favor*) ambos padres en el mismo hogar madre padre 50/50 otro _____

Género (Circule uno por favor) **M** o **F**

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Para el uso de la Oficina Solamente

Expediente del hospital

Registro de Nacimiento

Declaración del padre Iniciales _____

Pertenencia Étnica (Circule uno por favor) **Asiático Afroamericano Hispano Indio Americano Blanco**

Idioma Primario _____

Ciudad de Nacimiento _____ Condado de Nacimiento _____ Estado de Nacimiento _____

Esta persona se está alistando en (Escuela) _____ Grado _____ Fecha de Inicio _____

Deseo solicitar la inscripción a la Escuela de Alliance Charter **SÍ** o **NO** (circule uno)

Plazo para aplicar a la Escuela Alliance Charter es el 22 de Febrero del 2008

CONTACTO DE EMERGENCIA: (Si el padre/guardian no puede ser alcanzado)

_____ (Apellido)

_____ (Nombre)

_____ (Segundo nombre)

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Celular: _____

Relación al estudiante _____

¿Esta persona ha recibido servicios de programas especiales/educación especial? _____ Si sí, enumere por favor el tipo de inhabilidad (por ejemplo: SLD, ED, CDS, etc.) _____

Enumere por favor cualquier condicion medica (Por ejemplo: ADD/ADHD, Alergias, Asma, Diabetes, Salud mental, Cardiaco, Neurológica, Asimiento, Ortopédico, Visión/Audiencia, Restricciones de Actividad) _____

¿Se necesita un plan de emergencia? _____

Verifico que toda la información esta completa y exacta _____ Fecha: _____
(Firma del Padre/Guardian)