



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_ (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 \_\_\_\_\_

¿A vivido esta persona en Neenah previamente? \_\_\_\_\_ ¿Han expulsado a esta persona (o hay una expulsión pendiente) en otro distrito? **Sí** o **No** Si sí, por favor enumere el distrito \_\_\_\_\_

**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 para la Escuela Alliance Charter **Sí** o **NO** (circule uno)

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

Transferencia de (Escuela) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**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, Cardiac, Neurológica, Asimiento, Ortopédico, Visión/Audiencia, Restricciones de Actividad) \_\_\_\_\_

¿Necesita tomar medicaciones en la escuela? **Sí** o **No** Si sí, enumere por favor \_\_\_\_\_

Las inmunizaciones que recibio el año pasado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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