

Escuelas del Distrito de Monticello

Nombre _____ Grado _____ Edad _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección _____ Genero _____ Fecha de Nacimiento _____

Alumno vive con (circule todos los que apliquen)
madre padre padrastro madrastra guardián solo

Información del alumno se mandará a (circule todos los que apliquen)
madre padre padrastro madrastra guardián solo

Escriba hermanos(as) (nombre y edad)

Historia Educativa: Escuela que asistió

_____ Nombre de escuela dirección teléfono

¿Tiene su estudiante un (Plan de Educación Individual) IEP? NO Sí

Ethnicidad: ¿Nació el alumno en Estados Unidos? NO SI Si, no en que país _____ fecha de entrada a U.S. _____

¿Es este estudiante Hispano / Latino? NO SI

¿Cuál es la raza del estudiante _____ Asiática _____ Negro / afroamericano _____ Blanca
_____ Indios americanos / nativos de Alaska _____ nativos de Islas del Pacífico

/Hawái

Información Familiar

Padre Nombre Dirección Apellido Tel Casa _____ Tel Celular _____

Lugar de Empleo/ teléfono _____

Madre Nombre Dirección Apellido Inicio . Ph _____ Tel Celular _____

Lugar de Empleo/ teléfono _____

Otro Guardián Nombre Dirección Apellido Tel Casa _____ Tel Celular _____

Por favor especifique parentesco Dirección _____

Lugar de Empleo/ teléfono _____

For Office Use Only

Enrollment Date _____ Start Date _____ Student ID# _____ Locker _____

Contactos de Emergencia

Debe ser alguien que sea capaz de cuidar a su hijo en caso de enfermedad o accidente en la escuela y no puede ser alcanzado. Por favor escriba los nombres y números de teléfono (de preferencia alguien que viva en su vecindario y / o en el distrito escolar) que podríamos contactar.

Nombre _____ Teléfono _____ Parentesco _____

Nombre _____ Teléfono _____ Parentesco _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE NUEVO ESTUDIANTE (Letra de molde)**Escuelas del Distrito de Monticello****Información de Medicamentos**

Doctor Familiar: _____ Teléfono: _____ Último chequeo _____

Última inyección de tétano _____ Hepatitis B _____ otras inmunizaciones

_____ (en el último año)
Dentista: _____ Teléfono: _____ Último chequeo _____

Lesiones u operaciones: _____ Fecha: _____

Información de Seguro

Compañía de Seguro: _____

No. de Identificación _____ No. de plan/grupo _____

Necesidades Especiales

Especialista: _____ Teléfono: _____ última cita: _____

Diagnóstico de Salud / Alerta Médica: _____

(asthma, diabetes, convulsiones/ ADD/ADHD/ otra)
Dieta especial: _____ Alergias: _____

Otras necesidades: _____
(lentes, lentes de contacto, ortodoncia, otro)

Medicamentos

Medicamentos que se toman diariamente en la escuela: _____ En casa: _____

Cualquier medicamento administrado en la escuela incluyendo medicamento no controlado (Tylenol, ibuprofeno, pastillas para la tos, Midol, etc.) requiere la autorización escrita del padre. Formas adicionales para medicamentos diarios se encuentran en la oficina de la enfermera.

Le doy autorización para dar medicamentos no controlado.

Firma Padre / tutor

For Office Use Only

Enrollment Date _____ Start Date _____ Student ID# _____ Locker _____

Lesión Médica

Doy permiso a mi hijo, en caso de una lesión o de emergencia, que se da tratamiento de primeros auxilios. SI
NO

Doy permiso para que mi hijo sea transportado por ambulancia al hospital. Mi elección hospital:

Firma Padre / Tutor: _____

Fecha:

FOR USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Fecha de Inscripción

Fecha de Inicio

No. identificación del estudiante

No. Casiller

For Office Use Only

Enrollment Date _____ Start Date _____ Student ID# _____ Locker _____