

West Lyon Community School District

Grado: _____

Fecha actual: _____

Información biográfica:

Nombre completo del estudiante: _____

Nombre preferido: _____

Género: _____

Categorías raciales: (Por favor, seleccione uno)

_____ Origen étnico hispano/latino

_____ Asiático

_____ Negro o afro americano

_____ Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

_____ Blanco

No. seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Teléfono del hogar: _____

Número de teléfono celular del estudiante: _____

Dirección de correo electrónico: _____

(Se utilizará para boletines, mensajería escolar, anuncios escolares, despido temprano, etc.)

Información Familiar Principal:

Vive con: (marque una opción)

_____ Padre y madre _____ Sólo madre _____ Sólo padre _____ Solo _____ Organismo

_____ Apoderado _____ Madre/Padrastro _____ Padre/Madrasta _____ Padrastro/Madrasta

<u>Madre o apoderada fem.</u> Apellido:	Primer nombre:	Relación con el estudiante:	Lugar/ciudad donde trabaja:	Móvil: Correo electrónico:
<u>Padre o apoderado mas.</u> Apellido:	Primer nombre:	Relación con el estudiante:	Lugar/ciudad donde trabaja:	Móvil: Correo electrónico:

Dirección postal del padre/madre/apoderado:	Ciudad/Estado:	Código postal:
Dirección del padre/madre/apoderado (<i>si diferente</i>):	Ciudad/Estado:	Código postal:

Nombres de hermanos y/o hermanas:

_____	F	M	Edad: _____	Grado: _____
_____	F	M	Edad: _____	Grado: _____
_____	F	M	Edad: _____	Grado: _____
_____	F	M	Edad: _____	Grado: _____

Información de emergencia: Anote a dos personas de su localidad (distintas de usted) generalmente ubicales durante la jornada escolar que hayan accedido a cuidar y transportar a su hijo en caso de enfermedad o lesiones cuando no podamos comunicarnos con usted. Primero intentamos comunicarnos con los padres.

Nombre:	Relación con el estudiante:	Dirección:	Teléfono durante el día:
Nombre:	Relación con el estudiante:	Dirección:	Teléfono durante el día:

INFORMACION DE GUARDERIA / NIÑERA: Nombre: _____ Dirección: _____ Contacto: _____	Encierre los días específicos: lun. mart. mier. juev. vieri. Teléfono: _____	Marque la línea correcta: _____ Antes/después de clases _____ Sólo antes de clases _____ Sólo después de clases
---	--	---

Información médica:

Escriba el nombre del médico familiar con quien puede comunicarse un funcionario escolar cuando no sea posible hallar a los padres y se requiera asistencia médica. Tenga presente que cuando responde la unidad médica de los bomberos, ésta se comunica con el médico de la sala de emergencias disponible, quien a su vez puede comunicarse con el médico familiar. Si usted no tiene médico familiar, puede nombrar a cualquier médico de su localidad.

Médico familiar: _____ Número de teléfono: _____

~Tiene su hijo problemas de salud que deberíamos conocer, tales como:

_____ Reacciones a picaduras de abeja _____ Alergia a algunos alimentos _____ Trastornos cutáneos
 _____ Diabetes _____ Asma _____ Problemas oculares _____ Problemas Ortopédicos
 _____ Cardiopatías _____ Fiebre del Heno _____ Problemas Auditivos _____ Convulsiones (Epilepsia)
 _____ Problemas Urinarios _____ Otro: _____

~Toma su hijo medicinas regularmente? _____ Sí _____ No

Si sí:

Tipo: _____

¿Cuándo se da? (Tiempos) _____

Dosificación: _____

¿La medicación se debe administrar en la escuela? _____

¿Para qué es la medicación? _____

~Otra información importante sobre la salud: _____

Información de la escuela anterior:

Número de escuelas anteriores a las que asistió: _____

Última escuela a la que asistió: _____

Dirección de la anterior escuela, ciudad, estado, código postal: _____

¿Incluso su hijo ha sido inscrito en el Distrito Escolar de West Lyon? _____ Sí _____ No

Si es así, ¿Cuáles son los años de asistencia?: _____

Si su hijo se está matriculando en el Kindergarten de Transición o Kindergarten este año: _____

¿Su hijo asistió al preescolar? _____ Sí _____ No

Si es así, ¿A qué preescolar asistieron? Nombre: _____

Ciudad: _____

¿Ha estado su hijo inscrito en un programa especial? _____ Sí _____ No

Si es así:

_____ Clase de discurso

_____ Superdotados

_____ Title I Lectura

_____ Plan de Educación Individualizado (IEP)

_____ ESL

Verificación de residencia: la información de residencia proporcionada en este formulario es veraz y precisa hasta esta fecha. Comprendo que la falsificación de una dirección o el uso de cualquier otro medio fraudulento para lograr una inscripción o asignación ameritarán la revocación de la matrícula del alumno y la asignación a la escuela del área de asistencia correspondiente al hogar.

Firma del padre/madre/apoderado: _____ Fecha: _____