## **West Lyon Community School District**

Grado:	Fecha actual:							
Información biográfic Nombre completo del es								
Nombre preferido:								
Género:			•	as raciales: (Poi		•		
No. seguro social:								
Fecha de nacimiento:								
Lugar de nacimiento:			_	Blanco				
Teléfono del hogar:		Nún	nero de teléfo	ono celular del e	estudiante	e:		
Dirección de correo elec (Se utilizará para b	etrónico: poletines, mensajería e							
Información Familiar Vive con: (marque una c	•							
Padre y madre	Padre y madre Sólo madre Sólo padre Solo Organismo							
Apoderado Madre/Padrastro Padre/Madrasta Padrastro/Madrasta								
Madre o apoderada fem. Apellido:	Primer nombre:	Relación con el estudiante:		Lugar/ciudad donde trabaja:		Móvil: Correo electrónico:		
Padre o apoderado mas. Apellido:	Primer nombre:	Relación con el estudiante:		Lugar/ciudad donde trabaja:		Móvil: Correo electrónico:		
Dirección postal del padre/madre/apoderado:			Ciudad/Estado:		Código p	oostal:		
Dirección del padre/madre/aproderado (si diferente):			Ciudad/Estado:		Código postal:			

Nombres de hermanos y/o hermanas:

		F	М	Edad:	Gra	ado:	
		F	М	Edad:	Gra	ado:	
		F	M	Edad:	Gra	ado:	
		F	М	Edad:	Gra	ado:	
Información de emergencia: la jornada escolar que hayan accedi comunicarnos con usted. Primero in	ido a cuidar	y transportar	a su hijo	en caso de enf			
Nombre:	ombre: Relación con		Dirección:			Teléfono durante el día:	
Nombre: Relación con		n el estudiante:	udiante: Dirección:			Teléfono durante el día:	
INFORMACION DE GUARDERIA / NI	ÑERA:	Encierre los	días esp	ecíficos:	Marque la	a línea correcta:	
Nombre:		lun. r	mart. mi	er. juev.	Antes/después de clases		
Dirección:			vieri.		Sólo antes de clases		
Contacto:		Teléfono:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Sólo después de clases		
Información médica: Escriba el nombre del médico familia padres y se requiera asistencia médicomunica con el médico de la sala de usted no tiene médico familar, puede	lica. Tenga le emergen	presente que cias disponibl	cuando e, quien	responde la unic a su vez puede	lad médica	de los bomberos, ésta se	
Médico familiar:		N	lúmero	de teléfono:			
~Tiene su hijo problemas de salu	ıd que deb	eríamos cor	nocer, ta	les como:			
Reacciones a picaduras de a	abeja	Alergia	a alguno	os alimentos _	Tra	stornos cutáneos	
Diabetes Asma		Problema	s oculare	es Pro	oblemas Or	topédicos	
Cardiopatías Fiebr	e del Heno	P	roblemas	S Auditivos	Convu	Isiones (Epilepsia)	
Problemas Urinarios	Otro: _	<del> </del>					
~Toma su hijo medicinas regular Si sí: Tipo:	amente?		Sí	1	No		

¿Cuando se da? (Tiempos)				
Dosificación:				
¿La medicación se debe adm				
¿Para qué es la medicación?				
~Otra información importante sobre la salud	:			
Información de la escuela anterior: Número de escuelas anteriores a las que as				
The state of the s				
Última escuela a la que asistió:				
Dirección de la anterior escuela, ciudad, est	ado, código p	oostal:		
¿Incluso su hijo ha sido inscrito en el Distrito Si es así, ¿Cuáles son los años de a				No
Si su hijo se está matriculando en el Kindero ¿Su hijo asistió al preescolar?				D:
Si es así, ¿A qué preescolar asistiero	on? Nombre:			
	Ciudad:			
¿Ha estado su hijo inscrito en un programa Si es así:	especial?	Sí _		No
Clase de discurso	Sup	perdotados	Title I Le	ectura
Plan de Educación Individualiza	do (IEP)	ESL		
Verificación de residencia: la información fecha. Comprehendo que la falsificación de una inscripción o asignación ameritarán la revocación correspondiente al hogar.	dirección o el	uso de cualquier otro	medio fraudu	ılento para lograr una
Firma del padre/madre/apoderado:		Fe	echa:	