

Student Enrollment Form Formulario de inscripción estudiantil

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
| SCHOOL USE ONLY SOLO PARA USO DE LA ESCUELA | School Year _____ Año escolar | School Name _____ Nombre de la escuela | Grade _____ Grado |
| Local Student# _____ Estudiante local # | Person ID# _____ N° ID de la Persona | Today's Date _____ Fecha de hoy MONTH/DAY/YEAR MES/DÍA/AÑO | |
| Enrollment Start Date _____ Fecha de inicio de la inscripción | Enrollment Start Status _____ Estatus al inicio de la inscripción | Immunizations Received: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Vacunas recibidas: Sí No | |

Información del Estudiante

Nombre Legal del Estudiante _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE SUFJO

Nombre Preferido (si aplica) _____ **Sexo** Masculino Femenino **Fecha de nacimiento** _____
MES/DÍA/AÑO

¿Dónde nació el estudiante? _____ ¿Cuándo fue el estudiante por primera vez a la escuela en Estados Unidos? _____
MES/DÍA/AÑO

¿Cuál fue la última escuela a la que asistió el estudiante? _____ ¿Es el estudiante hispano/latino? Sí No

¿Cuál es la raza o etnia del estudiante? Marque todas las que apliquen.
 Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Hawaiano/Otras islas del Pacífico Blanco

¿El estudiante está viviendo temporalmente con otros debido a la falta de vivienda permanente, viviendo en un refugio, viviendo en un motel/hotel o en caso contrario está sin hogar? Sí No

¿El estudiante tiene un padre o tutor en el servicio activo, la Guardia Nacional o en el componente de la Reserva de los servicios militares de Estados Unidos? Sí No

¿El estudiante tiene un Programa de Educación Individualizada (IEP), Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP), Plan 504 o recibe otra programación especial? IEP IFSP 504 Otro

Información Médica

Por favor, consulte con el director de la escuela y la enfermera con respecto a los planes de tratamiento durante las horas escolares.

¿El estudiante tiene alguna condición médica grave?
 Diabetes Asma Epilepsia Enfermedad del corazón ADD/ADHD Cirugía importante Dificultades en la vista/audición Otra

¿El estudiante tiene alguna alergia (alimentos, insectos, medicamentos, ambiental)? Sí No

En caso afirmativo, por favor, enumere: _____

¿El estudiante toma algún medicamento (incluyendo inhaladores)? Sí No

En caso afirmativo, por favor, enumere: _____

Encuesta de Idioma del Hogar de Maryland

De acuerdo con los requisitos estatales y federales, la Encuesta de idioma del hogar se debe administrar a todos los estudiantes, y será usada solo para determinar si el estudiante necesita servicios de apoyo lingüístico en inglés y no para asuntos de inmigración o para realizar denuncias ante las autoridades de inmigración.

Si se indica un idioma distinto al inglés en dos o más respuestas a las tres preguntas a continuación, el estudiante será evaluado para recibir servicios de apoyo lingüístico en inglés. Se pueden considerar criterios adicionales para la evaluación.

1. ¿Qué idioma(s) aprendió a hablar primero el estudiante? _____

2. ¿Qué idioma utiliza con más frecuencia el estudiante para comunicarse? _____

3. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en casa? _____

Otros Miembros de la Familia

Personas que viven con el estudiante (por ejemplo, hermanos, abuelos, etc.). Por favor enumere a los miembros adicionales del domicilio en una hoja separada.

Nombre legal _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE SUFIJO

Fecha de nacimiento _____ **Sexo** Masculino Femenino
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante _____

En la actualidad estudiante de las City Schools? Sí No

Miembro del domicilio principal o secundario? Principal Secundario

Nombre legal _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE SUFIJO

Fecha de nacimiento _____ **Sexo** Masculino Femenino
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante _____

En la actualidad estudiante de las City Schools? Sí No

Miembro del domicilio principal o secundario? Principal Secundario

Contacto de Emergencia 1

Nombre legal _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE SUFIJO

Sexo Masculino Femenino **Fecha de nacimiento** _____
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante Padre Tutor legal Padre adoptivo Padrastro Otra: _____

Idioma Preferido _____ **Número de teléfono de casa** _____

Número de celular _____ **Número de trabajo** _____

Contacto de Emergencia 2

Nombre legal _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE SUFIJO

Sexo Masculino Femenino **Fecha de nacimiento** _____
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante Padre Tutor legal Padre adoptivo Padrastro Otra: _____

Idioma Preferido _____ **Número de teléfono de casa** _____

Número de celular _____ **Número de trabajo** _____

Acepto que la información proporcionada en el presente documento es completa y precisa. Entiendo que esta información será utilizada por el distrito escolar con el propósito de inscribir a mi estudiante. Entiendo que la información incompleta o inexacta puede retrasar, impedir o invalidar la inscripción escolar de mi estudiante. Acepto informar al distrito escolar cualquier cambio en esta información, incluyendo cambios en el domicilio de mi estudiante.

Nombre del padre/tutor legal (en letra de imprenta) _____

Firma _____

Fecha _____

MES/DÍA/AÑO

Formulario de inscripción estudiantil - Anexo de Pre-k/Kindergarten

Número de miembros familiares principales _____

Ingreso mensual total del hogar _____

¿Dónde pasó más tiempo el estudiante en los últimos 12 meses?

- Head Start
- Centro de cuidado infantil
- Guardería no pública
- Pre-k en otro distrito escolar
- Cuidado familiar
- Kindergarten
- Cuidado en el hogar
- Otro

¿El estudiante tiene fluidez en inglés?

- Sí No



A Enoch Pratt Free Library le gustaría dar a su niño su primera tarjeta propia, una tarjeta de la biblioteca para los niños pequeños que no tengan pagos atrasados. **La Primera Tarjeta** (The First Card) puede usarse en cualquier Enoch Pratt Free Library en la ciudad para pedir prestado los materiales de los niños. Su hijo recibirá su Primera Tarjeta durante las primeras semanas de clases. Para obtener más información, visite www.prattlibrary.org.

Sí, por favor den a mi hijo la Primera Tarjeta. Entiendo que esto significa que mi nombre, dirección de correo electrónico, número de teléfono y el nombre de mi hijo, domicilio, cumpleaños y escuela serán compartidos con el sistema de la Enoch Pratt Free Library.

Por favor, marque todas las casillas que aplican al estudiante (tenga en cuenta que esta información ayudará a la escuela a preparar la ayuda necesaria):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El niño no está completamente entrenado para usar el baño | <input type="checkbox"/> El padre o hermano está recibiendo servicios de educación especial |
| <input type="checkbox"/> El padre/tutor tiene una enfermedad crónica o está incapacitado | <input type="checkbox"/> El niño sufre de asma |
| <input type="checkbox"/> El niño experimentó la muerte de un padre | <input type="checkbox"/> El niño tiene uso prolongado de algún medicamento |
| <input type="checkbox"/> El niño tuvo un peso al nacer de seis libras o menos | <input type="checkbox"/> El niño tiene problemas auditivos |
| <input type="checkbox"/> El niño está /estuvo bajo cuidado tutelar | <input type="checkbox"/> El padre tiene preocupaciones sobre el desarrollo del niño |
| <input type="checkbox"/> El niño tiene/tuvo retrasado del habla/lenguaje | <input type="checkbox"/> El niño tiene problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> El niño tiene un hermano con dificultades de aprendizaje | <input type="checkbox"/> El niño tiene/está recibiendo terapia del habla/lenguaje |
| <input type="checkbox"/> El niño estuvo expuesto al plomo | <input type="checkbox"/> El niño tiene/está recibiendo terapia ocupacional |
| <input type="checkbox"/> El niño tiene/tuvo una lesión grave o una exposición traumática | |

Acepto que la información proporcionada en el presente documento es completa y precisa. Entiendo que esta información será utilizada por el distrito escolar con el propósito de inscribir a mi estudiante. Entiendo que la información incompleta o inexacta puede retrasar, impedir o invalidar la inscripción escolar de mi estudiante. Acepto informar al distrito escolar cualquier cambio en esta información, incluyendo cambios en el domicilio de mi estudiante.

Nombre del padre/tutor legal (en letra de imprenta) _____

Firma _____ Fecha _____

MES/DÍA/AÑO