

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA _____ Año Escolar _____ Nombre de la escuela _____

Curso _____ Estudiante local # _____ Documento de identificación de la persona _____
MES/DÍA/AÑO

Fecha de hoy _____ Fecha de Inicio de la matrícula _____ Estado de inicio de la matrícula _____

Vacunas recibidas: Sí No

Información del estudiante

Nombre legal del estudiante _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Nombre preferido (si procede) _____ Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____
MES/DÍA/AÑO

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

¿A qué escuela asistió el estudiante por última vez? _____ ¿El estudiante es hispano o latino? Sí No

¿Cuál es la raza o etnia del estudiante? Marque todas las que correspondan.
 Indio americano/nativo de Alaska Asiático Negro/afroamericano Nativo de Hawai/de otras islas del Pacífico Blanco

¿Está el estudiante viviendo temporalmente con otros debido a la falta de vivienda permanente, viviendo en un albergue, viviendo en un motel/hotel o no tiene hogar? Sí No

¿Tiene el estudiante un padre o tutor en el Servicio Activo, Guardia Nacional o componente de Reserva de los Servicios Militares de los Estados Unidos? Sí No

¿Tiene el estudiante un Programa de Educación Individualizado (IEP), un Plan de Servicio Familiar Individual (Individual Family Service Plan, IFSP), un Plan 504 o recibe otra programación especial? IEP IFSP 504 Otro

Información médica

Consulte con el director de la escuela y la enfermera los planes de tratamiento durante las horas escolares.

¿Tiene el estudiante alguna condición médica grave?
 Diabetes Asma Epilepsia Enfermedad cardíaca Desorden de déficit de atención (Attention Deficit Disorder, ADD)/Déficit de Atención con Hiperactividad Cirugía importante Problemas de visión/audición Otro

¿Es el estudiante alérgico a algo (comida, insecto, medicación, condición ambiental)? Sí No
 En caso afirmativo, señale: _____

¿Toma el estudiante algún medicamento (incluidos los inhaladores)? Sí No
 En caso afirmativo, señale: _____

Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar de Maryland

De acuerdo con los requisitos federales y estatales, la encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar se administra a todos los estudiantes y solo para determinar si un estudiante necesita servicios de apoyo en idioma inglés. No se utiliza para asuntos de inmigración o para denunciar ante las autoridades de inmigración.

Si se indica un idioma diferente al inglés en dos o más de las tres preguntas a continuación, se evaluará al estudiante para que acceda a los Servicios de apoyo en idioma inglés. Pueden considerarse criterios adicionales para la prueba.

1. ¿En qué idioma aprendió el estudiante a hablar? _____
2. ¿Qué idioma usa el estudiante con más frecuencia para comunicarse? _____
3. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en su casa? _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL – *Continuación*

HOGAR PRINCIPAL – esta es la dirección donde vive el estudiante la mayor parte del tiempo. Si el estudiante vive en dos domicilios, llene también la sección “Hogares secundarios”

Dirección física _____

Dirección de correspondencia (si es diferente) _____

Número de teléfono del hogar _____

Padre/tutor 1

Nombre del padre/tutor legal _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Idioma preferido _____
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante Padre Tutor legal Padre de acogida Madrastra/padrastro Otro: _____

Dirección de correo electrónico _____ Número telefónico de Móvil _____ Número telefónico del trabajo _____

Vive con el estudiante Sí No

Tiene custodia legal del estudiante Sí No

Tiene permiso para recoger al alumno Sí No

Recibe envíos para el estudiante Sí No

Si tiene acceso al Portal del Campus (acceso en línea a las calificaciones y la información de asistencia; visite www.baltimorecityschools.org/campus-portal) Sí No

Padre/tutor 2

Nombre del padre/tutor legal _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Idioma preferido _____
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante Padre Tutor legal Padre de acogida Madrastra/padrastro Otro: _____

Dirección de correo electrónico _____ Número telefónico de Móvil _____ Número telefónico del trabajo _____

Vive con el estudiante Sí No

Tiene custodia legal del estudiante Sí No

Tiene permiso para recoger al alumno Sí No

Recibe envíos para el estudiante Sí No

Si tiene acceso al Portal del Campus (acceso en línea a las calificaciones y la información de asistencia; visite www.baltimorecityschools.org/campus-portal) Sí No

HOGAR SECUNDARIO – complete solo si corresponde (por ejemplo, custodia legal compartida).

Dirección física _____

Dirección de correspondencia (si es diferente) _____

Número de teléfono del hogar _____

Padre/tutor 1

Nombre del padre/tutor legal _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Idioma preferido _____
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante Padre Tutor legal Padre de acogida Madrastra/padrastro Otro: _____

Dirección de correo electrónico _____ Número telefónico de Móvil _____ Número telefónico del trabajo _____

Vive con el estudiante Sí No

Tiene custodia legal del estudiante Sí No

Tiene permiso para recoger al alumno Sí No

Recibe envíos para el estudiante Sí No

Si tiene acceso al Portal del Campus (acceso en línea a las calificaciones y la información de asistencia; visite www.baltimorecityschools.org/campus-portal) Sí No

Padre/tutor 2

Nombre del padre/tutor legal _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Idioma preferido _____
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante Padre Tutor legal Padre de acogida Madrastra/padrastro Otro: _____

Dirección de correo electrónico _____ Número telefónico de Móvil _____ Número telefónico del trabajo _____

Vive con el estudiante Sí No

Tiene custodia legal del estudiante Sí No

Tiene permiso para recoger al alumno Sí No

Recibe envíos para el estudiante Sí No

Si tiene acceso al Portal del Campus (acceso en línea a las calificaciones y la información de asistencia; visite www.baltimorecityschools.org/campus-portal) Sí No

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL – Continuación

OTROS MIEMBROS DEL HOGAR – enumere cualquier otra persona, incluidos los niños, que viven con el estudiante (por ejemplo, hermanos, abuelos, etc.). Enumere a los miembros adicionales de la familia en una hoja de papel por separado.

Miembros del hogar

Nombre para efectos legales _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Relación con el estudiante _____
MES/DÍA/AÑO

¿Es esta persona un estudiante actual de City Schools? Sí No ¿Vive esta persona en el hogar principal o secundario? Principal Secundario

Miembros del hogar 2

Nombre para efectos legales _____

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Relación con el estudiante _____
MES/DÍA/AÑO

¿Es esta persona un estudiante actual de City Schools? Sí No ¿Vive esta persona en el hogar principal o secundario? Principal Secundario

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia #1

Nombre para efectos legales _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Idioma preferido _____
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante Padre Tutor legal Padre de acogida Madrastra/padrastro Otro: _____

Número telefónico de Móvil _____ Número de casa _____ Número telefónico del trabajo _____

Contacto de emergencia #2

Nombre para efectos legales _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Género Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Idioma preferido _____
MES/DÍA/AÑO

Relación con el estudiante Padre Tutor legal Padre de acogida Madrastra/padrastro Otro: _____

Número telefónico de Móvil _____ Número de casa _____ Número telefónico del trabajo _____

Estoy de acuerdo en que la información proporcionada es completa y precisa. Entiendo que esta información está siendo utilizada por el distrito escolar para propósitos de matricular a mi estudiante. Entiendo que la información incompleta o inexacta puede demorar, impedir o invalidar la matrícula de mi hijo en la escuela. Estoy de acuerdo en informar de manera oportuna al distrito escolar sobre cualquier cambio en esta información, incluidos los cambios en la residencia de mi hijo.

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor _____

Firma _____ Fecha _____

MES/DÍA/AÑO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL–Anexo De Pre-Kínder/Jardín De Infancia

Si está inscribiendo a su hijo en pre-kínder o jardín de infancia, complete también esta sección.

Número de miembros del hogar principal _____

Total mensual de ingresos del hogar _____

¿El estudiante habla inglés con fluidez? Sí No

Marque donde el estudiante pasó la mayor parte del tiempo en los últimos 12 meses.

	Cuidado informal	Head Start	Pre-kínder en una escuela pública	Centro de atención infantil*	Cuidado infantil familiar**	Guardería no pública	Jardín de infancia (Repetido)
Todo el día							
Medio día							

*Cuidado de niños provisto en una instalación, generalmente no residencial, durante una parte o todo el día

**Cuidado infantil pagado regulado que se da a niños pequeños en un lugar de residencia que no sea el hogar del niño

A la biblioteca gratuita Enoch Pratt le gustaría darle a su hijo su propia Primera Tarjeta, una tarjeta de biblioteca gratuita, sin recargos por demora, para niños pequeños. La Primera Tarjeta puede usarse en cualquier biblioteca gratuita de Enoch Pratt en la ciudad para pedir prestados materiales para niños. Su hijo recibirá su Primera Tarjeta durante las primeras semanas de clases. Para aprender más sobre la Primera Tarjeta, visite www.prattlibrary.org

SÍ, entréguele a mi hijo la Primera Tarjeta. Entiendo que esto significa que se compartirá información sobre mi nombre, dirección de correo electrónico, número de teléfono y el nombre de mi hijo, la dirección del hogar, la fecha del cumpleaños y la escuela con el sistema de bibliotecas gratuitas Enoch Pratt.

Marque todos los elementos a continuación que se aplican al estudiante (tenga en cuenta que esta información ayudará a la escuela a preparar ayudas necesarias):

- El niño no está completamente entrenado para ir al baño
- El padre/tutor tiene una enfermedad crónica o es una persona en situación de discapacidad
- El niño experimentó la muerte de uno o ambos padres
- El niño tenía un peso de nacimiento de seis libras o menos
- El niño está/estuvo en un hogar de acogida
- El niño tiene/tuvo retraso del habla/lenguaje
- El niño tiene un hermano con dificultades de aprendizaje
- El niño tuvo exposición al plomo
- El niño tiene/tuvo una lesión grave o exposición a sucesos traumáticos
- Uno de los padres o hermanos están recibiendo servicios de educación especial
- El niño tiene asma
- El niño toma medicamentos de uso prolongado
- El niño tiene problemas de audición
- A los padres les preocupa el desarrollo del niño
- El niño tiene problemas de visión
- El niño tiene/está recibiendo terapia del habla/lenguaje
- El niño tien/está recibiendo terapia ocupacional

Estoy de acuerdo en que la información proporcionada es completa y precisa. Entiendo que esta información está siendo utilizada por el distrito escolar para propósitos de matricular a mi hijo. Entiendo que la información incompleta o inexacta puede demorar, impedir o invalidar la inscripción de mi hijo en la escuela. Estoy de acuerdo en informar de manera oportuna al distrito escolar sobre cualquier cambio en esta información, incluidos los cambios en la residencia de mi hijo.

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor _____

Firma _____ Fecha _____

MES/DÍA/AÑO

Aviso de no discriminación de las Escuelas Públicas de la Ciudad de Baltimore

Las Escuelas Públicas de la Ciudad de Baltimore no discriminan por motivos de raza, color, ascendencia u origen nacional, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, estado civil, discapacidad, estado de veterano, información genética o edad en sus programas y actividades y proporcionan acceso equitativo a los Boy Scouts de América y otros grupos juveniles.

Para consultas relacionadas con las políticas de no discriminación, comuníquese con: Gerente de Igualdad de Oportunidades, Coordinador del Título IX, Igualdad de Oportunidades de Empleo y Cumplimiento del Título IX

200 E. North Avenue, Room 208 • Baltimore, MD 21202 • Teléfono: 410-396-8542 • Fax: 410-396-2955