

Teacher/Advisor Number _____
 Grade _____ Home Room _____
 Birth Certificate: Yes ___ No ___

ESCUELA PREPARATORIA
 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Student # _____
 Entry Code _____
 Date of Entry _____

Apellido legal del estudiante _____ Nombre _____ Apellido materno _____ Sexo M ___ F ___

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____ Pais de nacimiento _____

Teléfono del hogar _____ ¿El teléfono aparece en la guía telefónica? Sí ___ No ___

Transferido de otro pueblo/escuela _____ Nombre y dirección de la escuela _____

Última escuela de Roswell a la que asistió _____ ¿A qué grado? _____

Grupo étnico: Caucásico (C) ___ Negro o Afro-americano (b) ___ Hispano o Latino (H) ___ Asiático (A) ___
 Indio Americano/Nativo de Alaska (I) ___ Nativo de Hawai o isleño de otras islas del Pacífico (P) ___

Grupo étnico 1: ___ Grupo étnico 2: ___ Grupo étnico 3: ___ Grupo étnico 4: ___ Grupo étnico 5: ___ Idioma para dejar mensajes en el teléfono:
 Inglés ___ Español ___
 (Si no es inglés, por favor responda la Encuesta de Idioma en el Hogar que aparece al final de este formulario)

¿Educación especial: Sí ___ No ___ Servicios auxiliares: Lenguaje ___ Terapia ocupacional ___ Terapia física ___

¿Es elegible para servicios de autobús? Sí ___ No ___ ¿Utiliza el autobús estudiante? Sí ___ No ___ Si lo hace, Número del autobús _____

Dirección del estudiante _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ sin vivienda

Dirección postal (si es diferente) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Apellido del padre _____ Nombre _____ E-Mail Dirección _____ Empleador _____ Teléfono/Extensión _____

Apellido de la madre _____ Nombre _____ E-Mail Dirección _____ Empleador _____ Teléfono/Extensión _____

Personas que se pueden contactar en caso de urgencia:

Apellido de persona de contacto 1 _____ Nombre _____ Relación con el estudiante _____ Teléfono _____

Apellido de persona de contacto 2 _____ Nombre _____ Relación con el estudiante _____ Teléfono _____

Apellido de persona de contacto 3 _____ Nombre _____ Relación con el estudiante _____ Teléfono _____

Nombre del doctor _____ Teléfono del doctor _____

Instrucciones especiales: (Información que la escuela necesita saber por la seguridad y salud del niño): _____

¿Tiene el niño alguna enfermedad seria o una discapacidad? Sí ___ No ___ Initials

Si la respuesta es sí, por favor especifique: _____

¿Alergias?: _____

FIRMA DEL PADRE O APODERADO LEGAL _____ **FECHA** _____

Sólo la personas que aparecen en este formulario de matricula, luego de mostrar identification, pueden recoger al estudiante en las escuela
 Si el estudiante vive con un apoderado u otra persona que no sean los padres por favor provea de la siguiente información.
 Los papeles legales de poder de apoderado deben estra en la oficina de la escuela

Nombre: _____ Relación: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Empleador: _____ Ocupación: _____
 Teléfono trabajo: _____ Celular: _____

