



Distrito Escolar del Condado de Lee

MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE

Esta sección es para el uso de la oficina solamente.

STUDENT #: _____ SCHOOL NAME: _____

ENROLLMENT CODE _____ ENROLLMENT DATE: ____/____/____ ALTERNATE SCHOOL _____

NEW ENROLLMENT TRANSFER FROM SCHOOL _____ RE-ENROLLMENT TO LEE COUNTY

PRIOR SCHOOL DISTRICT _____ PRIOR STATE _____ PRIOR COUNTRY _____ Yrs Intrp _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO:

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

APODO _____ GRADO PARA EL CUÁL ESTÁ SOLICITANDO ENTRADA: _____ AÑO LECTIVO. 20__20__

¿Asistió anteriormente a una escuela de la Florida? ¿Asistió anteriormente a una escuela en el Condado de Lee? ¿Primera vez en una escuela en los EE.UU.?

# SEGURO SOCIAL DEL ESTUDIANTE	SEXO	¿CUÁL ES EL ORIGEN ÉTNICO DEL ESTUDIANTE?	Cuál es la raza del estudiante? (Marque una o mas para indicar lo que es apropiado para el estudiante)	
	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afro-Americana

Fecha de Nacimiento (M____/____/____) (D____/____/____) (A____) _____ Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Esta _____ País _____

Educación Especial/IEP Activo SI NO Gifted SI NO Actual 504 SI NO

<p>Expulsado de escuela previa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Fecha _____ Escuela _____</p> <p>Arresto Resultando en Cargos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Acción de Justicia Juvenil <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Servicios de salud mental anteriores <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Alergias que amenazan la vida <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Explique _____</p> <p>Condición Médica con Cuidados Especiales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Explique _____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DIRECCIÓN DÓNDE VIVE EL ESTUDIANTE	DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)
CALLE _____	CALLE _____
CIUDAD/ESTADO _____	CIUDAD/ESTADO _____
CODIGO POSTAL _____	CÓDIGO POSTAL _____

TELEFONO TELEFONO DE EMERGENCIA

El estudiante vive con: Ambos padres naturales Padre Madre Guardián Legal Otro

<p>INFORMACION SOBRE: Padre Guardián Otro _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____ Celular: _____</p> <p>Tel. Trabajo: _____ Ocupación _____</p> <p>Dirección electrónica (E-Mail) _____</p>	<p>INFORMACION SOBRE: Padre Guardián Otro _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____ Celular: _____</p> <p>Tel. Trabajo: _____ Ocupación _____</p> <p>Dirección electrónica (E-Mail) _____</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>¿Se usa en la casa u hogar un idioma distinto del inglés?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuál es el otro idioma? _____</p>	<p>¿Tuvo el estudiante una lengua materna distinta del inglés?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuál es el otro idioma? _____</p>	<p>¿Habla el estudiante con mayor frecuencia un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuál es el otro idioma? _____</p>	<p>¿Ha asistido su hijo a escuelas en los Estados Unidos por menos de 3 años completos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si es que sí, ¿fecha de entrada a las escuelas en Estados Unidos? _____</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿EN QUE IDIOMA PREFERE QUE NOS COMUNIQUEMOS CON USTED POR ESCRITO O POR TELÉFONO? INGLÉS ESPAÑOL CRIOLLO

¿Es algún padre miembro actual o antiguo miembro del ejército de los EE. UU. ? SI NO

NOMBRE DE LA ULTIMA ESCUELA QUE ASISTIO	<input type="checkbox"/> PUBLICO	Se ha mudado usted recientemente por el trabajo en agricultura o por la industria de la pesca? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CIUDAD _____ ESTADO _____ CONDADO _____	<input type="checkbox"/> PRIVADO	
CODIGO POSTAL _____ PAIS _____	<input type="checkbox"/> ESCUELA ALTERNATIVA <input type="checkbox"/> ESCUELA EN CASA <input type="checkbox"/> ESCUELA CHARTER	

FIRMA DEL PADRE

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE

FECHA