

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:		Grado este año:	
						Maestro(a) asignado(a):	
Dirección: <input type="checkbox"/> No es la dirección permanente)				Teléfono Hogar:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad/ Estado/ Código Postal:				Fecha de Nacimiento:		Ciudad/Estado de Nacimiento:	
Residencia en: <input type="checkbox"/> Ciudad de Baraboo <input type="checkbox"/> Pueblo de North Freedom <input type="checkbox"/> Pueblo Freedom <input type="checkbox"/> Pueblo de Baraboo <input type="checkbox"/> Pueblo de Excelsior <input type="checkbox"/> Pueblo de Greenfield <input type="checkbox"/> Pueblo de Delton <input type="checkbox"/> Pueblo de Fairfield <input type="checkbox"/> Pueblo de Merrimac <input type="checkbox"/> Pueblo de West Baraboo <input type="checkbox"/> Pueblo de Slumpton				Correo Electrónico: Madre		Correo Electrónico: Padre	
Dirección de correo, si es diferente:							
¿Es el estudiante Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				Raza/Etnicidad: (marque todas las que apliquen)			
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o África Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ de islas del pacifico <input type="checkbox"/> Blanca							
Primer lenguaje del estudiante: (si es diferente al ingles) _____ Otro idioma que se habla en casa: _____							
¿Ha sido expulsado el estudiante ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Esta bajo consideración para expulsión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Recibe el estudiante actualmente los servicios de educación especial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

INFORMACION DEL PADRE / GUARDIAN

Tenga en cuenta que si usted desea que la información sea compartida con nadie más que el padre y / o tutor legal, el distrito necesitara un relevo de autorización de divulgacion de la información en sus archivos.

RESIDENCIA PRIMARIA DEL ESTUDIANTE

Relación:	Apellido:	Nombre:	Celular:	Empleador:	Horas:	Teléfono Trabajo:
Relación:	Apellido:	Nombre:	Celular:	Empleador:	Horas:	Teléfono Trabajo:

SEGUNDA RESIDENCIA DEL NIÑO(A)

La vida escolar de los niños que viven con padres separados o que comparten custodia se beneficiara cuando ambos padres compartan la información y comunicación sobre la escuela y progreso del niño. Al completar la información a continuación, permite a la escuela a comunicarse con ambos padres.

Si existe alguna restricción legal de alguno de los padres, la escuela requiere una copia legal del documento que declara esta restricción. Esto puede incluir una orden de la corte otorgándole la custodia legal a uno de los padres o de su colocación física con uno de los padres negado durante un período de tiempo por el tribunal. Sin el documento, la escuela entenderá que ambos padres tienen derechos iguales y no podrá apoyar ninguna restricción hecha por cualquiera de los padres.

¿Existe una orden de la corte limitando la custodia legal para uno de los padres o alguna vez ha existido un periodo de tiempo cuando uno de los padres ha sido denegado la colocación física por una corte? Si No No aplica

Dirección:		Ciudad/Estado/Código Postal:			Teléfono Hogar:		
Relación:	Apellido:	Nombre:	Celular:	Empleador:	Horas:	Teléfono Trabajo:	

Otros Niños que Viven en la Misma Casa

Nombre:	Grado:	Fecha Nac.:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nombre:	Grado:	Fecha Nac.:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nombre:	Grado:	Fecha Nac.:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nombre:	Grado:	Fecha Nac.:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

INFORMACION DE EMERGENCIA/SALUD

Por favor llene por completo este cuestionario para asegurarnos que nuestros expedientes estén al día.

Los estudiantes que requieran medicamentos recetados o sin receta durante las horas del día escolar DEBERAN completar un Consentimiento/Requisito de Medicamento previo a tomar el medicamento en la escuela. Los medicamentos los deberá entregar a la escuela un adulto y deberán estar en el envase original, etiquetado apropiadamente.

- Si No Alergias _____
- Si No Alergias a comida _____
Epi-pen Si No
- Si No Alergia a picada de abeja Epi-pen
 Si No
- Si No Asma-Inhalador Si No
- Si No Visión - Utiliza lentes o Contactos
- Si No Autismo
- Si No Gastrointestinal
- Si No Desorden/Síndrome Genético
- Si No Lesión Cerebral/Neurológica

- Si No Ortopédicos/Escoliosis
- Si No Dolor de Cabeza/Migraña
- Si No ADD/ADHD
- Si No Convulsiones Diastat?
- Si No Diabetes
- Si No Pérdida de audición
- Si No Preocupación Cardíaca
- Si No Medicamentos necesitados en la escuela
(lista de medicamentos) _____
- _____
- _____

Describa las condiciones médicas significantes que afectan a su hijo(a):

SI NO PODEMOS
CONTACTAR A
LOS PADRES

1er Contacto:

Teléfono:

Relación:

2ndo Contacto:

Teléfono:

Relación:

En una emergencia médica, CUANDO NO SE PUEDEN CONSEGUIR LAS PERSONAS DE CONTACTO, yo autorizo a la escuela a transportar a mi estudiante al hospital o clínica mas cercana. Si se necesita llamar a una ambulancia, los costos son responsabilidad del padre/guardián. (Si usted NO esta de acuerdo con este procedimiento, DEBE comunicarse con la escuela y someter un Plan Especializado del Cuidado de la Salud.)

Hospital Preferido: _____ Seguro Médico: _____
Doctor: _____ Teléfono: _____

INFORMACION DE TRANSPORTACION

Mi hijo(a): Caminara Lo transportare en mi Vehículo Tomara el Autobús

**** (Complete la siguiente sección para el servicio de autobús con First Student) **** Los estudiantes que residan a menos de 2 millas de la escuela NO son elegibles para el autobús a menos que vivan en un área de transportación peligrosa.

Mi hijo(a) es elegible para el servicio de autobús y NO utilizara este servicio en este momento.

(Si no planifica utilizar este servicio en este momento, lo puede solicitar en cualquier momento Compañía de Autobuses Kobussen al 448-4482)

Mi hijo(a) es elegible para el servicio de autobús y estará utilizando el servicio: AM PM

Para solicitar que RECOGAN o DEJEN a su hijo(a) (circule una) en una ubicación diferente, complete esta sección: (Favor de asegurarse que su hijo(a) sabe a donde se supone que vaya si tiene un programa diferente). Favor de comunicarse con la Compañía de Autobuses Kobussen al 448-4482, si tiene alguna pregunta sobre el servicio de autobús.

Dirección:

Teléfono:

Días: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

FAVOR DE NOTIFICAR CAMBIOS EN ESTA INFORMACION SEGUN OCURRAN

La información que he brindado es cierta y correcta. (Note que la información contenida en este formulario será utilizada solo para propósitos de la escuela solamente.)

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Relación con el Estudiante:

El Distrito Escolar de Baraboo no discrimina en la matricula, de acuerdo con las políticas del distrito y las Leyes de Wisconsin 118.13.

Para uso oficial solamente

Student Withdrawal Date:

Withdrawal Code:

Withdrawn to:
