

For School Use:

Entry Date: ____/____/____
 Grade Assigned: ____
 Homeroom/Advisement: _____

**FULTON COUNTY SCHOOLS
 STUDENT ENROLLMENT FORM**

Revised March 2009
 Spanish
 #020-1036

(1) INFORMACION DEL ESTUDIANTE		Escriba toda la información claramente en letra de molde																
Apellido del padre _____ Primer nombre del estudiante _____ Apellido de la madre _____ Generación (Jr.etc.) _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Nombre preferido _____ mes día año # de seguro social del estudiante _____ Dirección del domicilio _____ # de casa y calle # de apto. Ciudad Código postal _____ Teléfono: () _____ Nombre de aptos/subdivisión: _____ Sistema escolar si no es Fulton: _____ No queremos nuestra info. personal en el directorio escolar Si__No__ Condado de residencia si no es Fulton: _____ Nombre de la escuela en vecindario donde vive el estudiante: _____		Marque la respuesta con un círculo: SEXO: M - Masculino F - Femenino ¿Este alumno es de origen hispano/latino? (Elija sólo una respuesta) <input type="checkbox"/> No, no es hispano/latino <input type="checkbox"/> Si, es hispano/latino ¿Cuál es el origen racia del alumno? (Marque todo lo que corresponde) 1 - <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska 2 - <input type="checkbox"/> Asiático 3 - <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano 4 - <input type="checkbox"/> Native de Hawaii u otras islas del Pacífico 5 - <input type="checkbox"/> Blanco																
(2) INFORMACION DE PADRES O ENCARGADO LEGAL (Complete la información del padre,madre, padrastros o encargados legales)																		
Nombre: _____ Apellido Primer nombre Inicial del 2do nombre Dirección del domicilio si es diferente a la del estudiante Dirección del domicilio _____ Ciudad y Código postal+4: _____ Teléfono del domicilio: () _____ Otro teléfono o celular: _____ Ocupación: _____ Nombre de la empreza de trabajo: _____ Dirección del trabajo o negocio: _____ Ciudad /Estado/Código postal: _____ Teléfono de trabajo: () _____ Escoja el parentezco con el estudiante: Madre, Padre, Madrastra, Padraastro, Encargado Legal ,Otro ¿Permite contacto con el estudiante? Si__ No__ ¿Reside con éste padre o con encargado legal? Si__ No__ ¿Padre/encargado legal es responsable por el estudiante? Si__ No__ ¿Trabaja para el gobierno federal o en propiedad federal? Si__ No__ Dirección de correo electrónico _____	Nombre: _____ Apellido Primer nombre Inicial del 2do nombre Dirección del domicilio si es diferente a la del estudiante Dirección del domicilio _____ Ciudad y Código postal+4: _____ Teléfono del domicilio: () _____ Otro teléfono o celular: _____ Ocupación: _____ Nombre de la empreza de trabajo: _____ Dirección del trabajo o negocio: _____ Ciudad /Estado/Código postal: _____ Teléfono de trabajo: () _____ Escoja el parentezco con el estudiante: Madre, Padre, Madrastra, Padraastro, Encargado Legal ,Otro ¿Permite contacto con el estudiante? Si__ No__ ¿Reside con éste padre o con encargado legal? Si__ No__ ¿Padre/encargado legal es responsable por el estudiante? Si__ No__ ¿Trabaja para el gobierno federal o en propiedad federal? Si__ No__ Dirección de correo electrónico _____	Nombre: _____ Apellido Primer nombre Inicial del 2do nombre. Dirección del domicilio si es diferente a la del estudiante Dirección del domicilio _____ Ciudad y Código postal+4: _____ Teléfono del domicilio: () _____ Otro teléfono o celular: _____ Ocupación: _____ Nombre de la empreza de trabajo: _____ Dirección del trabajo o negocio: _____ Ciudad /Estado/Código postal: _____ Teléfono de trabajo: () _____ Escoja el parentezco con el estudiante: Madre,Padre, Madrastra, Padraastro, Encargado Legal ,Otro ¿Permite contacto con el estudiante? Si__ No__ ¿Reside con éste padre o con encargado legal? Si__ No__ ¿Padre/encargado legal es responsable por el estudiante? Si__ No__ ¿Trabaja para el gobierno federal o en propiedad federal? Si__ No__ Dirección de correo electrónico _____																
(3) INFORMACION PARA EMERGENCIAS MEDICAS		(4) INFORMACION DE MATRICULA																
Médico de Familia Nombre y apellido _____ Teléfono del Dr. () _____ Ext. _____ Nombre de Compañía de Seguro _____ Indique cualquier problema médico, requerimientos de medicamentos especiales, alergias peligrosas, u otras instrucciones especiales. _____ Las siguientes personas tienen autorización para recoger al estudiante durante las horas escolares y se pueden localizar en el siguiente número telefónica <table border="0" style="width:100%;"> <tr> <td style="width:30%;">Nombre y apellido _____</td> <td style="width:10%;">Número de tel _____</td> <td style="width:10%;">Ext. _____</td> <td style="width:10%;">Parentezco _____</td> <td style="width:40%;">Puede recoger al estudiante de la escuela? Si__ No__</td> </tr> <tr> <td>_____ () _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Si__ No__</td> </tr> <tr> <td>_____ () _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Si__ No__</td> </tr> </table> Nombre de hermanos en ESTA escuela: _____		Nombre y apellido _____	Número de tel _____	Ext. _____	Parentezco _____	Puede recoger al estudiante de la escuela? Si__ No__	_____ () _____	_____	_____	_____	Si__ No__	_____ () _____	_____	_____	_____	Si__ No__	¿El estudiante ha asistido a una escuela del Condado de Fulton? Si _____ No _____ Si es afirmativo, ¿cómo se llama la escuela?: _____ Códigos de entrada: (Escoja uno) C Continúa en la misma escuela A Estudiaba en el hogar U Proviene del mismo sistema escolar N Nunca ha asistido a la escuela T Proviene de otra escuela pública de GA S Re-entrada después de una enfermedad O Proviene de otro estado o país I Re-entrada después de encarceración P Proviene de colegio privado R Re-entrada por otra razón B Previamente en esta escuela y último año que estuvo aquí: _____ V Admitido por Opción de Escuela W Admitido bajo SB10 X Admitido bajo USCO	
Nombre y apellido _____	Número de tel _____	Ext. _____	Parentezco _____	Puede recoger al estudiante de la escuela? Si__ No__														
_____ () _____	_____	_____	_____	Si__ No__														
_____ () _____	_____	_____	_____	Si__ No__														
(5) FOR SCHOOL USE ONLY		PARA USO ESCOLAR SOLAMENTE																
Immunization Code (Circle One) E--Medical Exemption N--GA Requirements Not Met R-Religious Exemption W--30-Day,90-Day,180-Day Waiver Follow-up Date ____/____/____ Y-GA Requirements met	Student has met the following requirements: Ear Exam Yes__ No__ Eye Exam Yes__ No__ Dental Exam Yes__ No__ Emer.Sig.Card Yes__ No__ Birth Cert. Yes__ No__																	
High School Course of Study/Graduation Track Circle One: B- Both College Prep and Career Tech* C - College Preparatory D - College Prep w/Distinction H - Career Tech Prep.** M - College Prep & Career Tech Prep w/Distinction N - College Prep w/Distinction & Career Tech. Prep Q-College Prep & Career Tech w/Distinction S-Special Education U-Career Tech Prep w/Distinction V-Career Technology*	* Valid only if student entered 9th grade prior to 8/25/97 **Valid only if student entered 9th grade on or after 8/25/97 Date 1st entered 9th grade (mm/dd/yy):____/____/____ High School Only: I have received a student handbook. Student Signature: _____																	
Si no viene de una escuela del condado de Fulton, Nombre de la escuela: _____ Ciudad y estado de escuela previa: _____ Matriculado en esa escuela desde ____/____/____ hasta ____/____/____ Fecha de ingreso en el Sistema Escolar de los Estados Unidos (mes/día/año) _____ País de Nacimiento _____ ¿Cuál es el primer idioma que el estudiante aprendió (Primary Language) _____? ¿Qué idioma habla el estudiante en la casa (Home Language) _____? ¿En qué idioma se comunica el estudiante mayormente (Correspondence Language) _____?		¿Ha recibido el estudiante servicios educativos en los siguientes programas? Gifted (Dotado y talentoso) Si No EIP Si No Título I Si No ESOL (Inglés Como Segunda Lengua) Si No Recuperación académica Si No Educación Especial Si No Si es afirmativo, ¿en que área? _____ Otros programas (especifique) _____ Programa de pre-escolar ("Pre-K"): (Escoja uno) 1. Pre-K público de GA 5. Pre-K privado sin fines de lucro 2. Pre-K subsidiado por Título I 6. Pre-K privado de fines lucrativos 3. Programa de "Head Start" 7. No asistió a Pre-K 4. Pre-K en otra escuela pública 8. Pre-K de GA-escuela privada																
Colocación: Estudiante de "M to M" (mayoría a minoría) _____ Estudiante de ESOL _____ NCLB _____ Sin vivienda _____ 504 _____ Estudiante de "Hardship" (Escoja uno) Cuido: currículo: residencia nueva: empleado del sistema: enfermedad: decisión administrativa		Programa de Estudios "Magnet" (Escoja uno) Arte/Ciencia: Matemáticas/Ciencia: Estudios Internacionales; Artes Plásticas/Teatrales: Paga matrícula para programa de Estudios Internacionales																

PARENT SIGNATURE: _____