

Numero SIMS del Alumno: _____

Maestra/o _____

Año Escolar: _____

Autobús Escolar: ____ AM ____ PM

(D= DAY CARE VAN Y= BUS C= CARRO W= A PIE

After -School- YMCA _____

ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO DE ROCKINGHAM
FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____ Se le llama: _____

Apellido(s)

Primer nombre

Segundo nombre

Grado: _____ Sexo: ___ M ___ F Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Numero de Seguro Social: ____ - ____ - ____ Número de Medicaid (Si aplica): _____

Raza: (Señale una): Negra Blanca Asiática Hispana Nativo Americano Multi-racial Otra: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

de la casa

Calle

Correo Electrónico (E-mail)

#s de celular: Mamá _____

Papá _____

Ciudad

Estado

ZIP

Dirección para envío de correspondencia (Complete esta parte sólo si la dirección es diferente a la de arriba):

Instrucciones sobre como llegar a su casa: _____

El estudiante vive con: El Sr. ___ La Sra. ___ El Sr. y Sra. ___ :

Relación con el estudiante: _____

Dos contactos de emergencia: (Diferentes de los padres) Nombres y números de teléfono en caso que no podamos contactar a los padres:

1. _____
Nombre completo Teléfono Relación con el estudiante

2. _____
Nombre completo Teléfono Relación con el estudiante

Escriba los nombres de 3 personas que pueden recoger a su hijo/a de la escuela durante el horario regular o después de clases:

Cuando la escuela debe enviar los niños a casa temprano debido a alguna emergencia, Cual es su plan? Como quiere que se transporte a su hijo/a a casa? En auto? En el bus escolar? Se queda en la guardería escolar, en la YMCA? _____

Información de Emergencia:

Nombre del doctor: _____ Teléfono _____

Nombre del dentista: _____ Teléfono _____

Hospital preferido: _____ Teléfono _____

Nombre de el contacto de emergencia que usted desea que llamemos primero en caso de emergencia cuando no lo podamos contactar a usted:

Nombre _____ Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____

Información Requerida Acerca de los Padres:

Madre/ Madrastra/Acudiente: _____ Teléfono: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Dirección: _____
Numero de la casa Nombre de la calle Ciudad Estado ZIP

Nombre del empleador _____ Teléfono: _____

Nivel de educación del la madre/acudiente: _____ Ultimo grado de escuela completado: _____

Padre/Padrastro/Acudiente: _____ Teléfono: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Dirección: _____
Numero de la casa Nombre de la calle Ciudad Estado ZIP

Nombre del empleador _____ Teléfono: _____

Nivel de educación del padre/acudiente: _____ Ultimo grado de escuela completado: _____

Información Familiar:

Estado civil de los padres: (Señale uno) _____ Casados _____ Separados _____ Divorciados _____ Solteros
¿Ha traído usted a la escuela la información y papelería mas actualizada con respecto a algún asunto relacionado con la custodia de su(s) hijo/a(s). Si no lo ha hecho aun, por favor, tráigalos a la mayor brevedad posible.

Número de hermanos y hermanas que viven en la misma casa: Hermanos: _____ Hermanas: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Historia Médica y de Salud:

1. ¿Su hijo/a toma medicinas con regularidad? Sí ___ No ___ Si marcó Sí, ¿Qué medicina? _____

2. Describa cualquier condición especial de salud que tenga su hijo/a _____

3. ¿Tiene su hijo/a la actividad física restringida por alguna razón? Sí ___ No ___ Explique en caso que la tenga restringida _____

4. Tiene póliza de Salud y Accidentes? _____ Compañía _____ Número _____

INFORMACIÓN ADICIONAL:

¿Se ha usted movido o reubicado en los últimos 3 años para obtener trabajo temporal? _____ Sí _____ No

¿Su hijo/a se esta transfiriendo de otra escuela? Si _____ No _____

Nombre de esa escuela: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Razón por la cual se transfiere: _____

¿ Su hijo/a ha estado matriculado en alguna escuela del Condado de Rockingham anteriormente? _____ Sí _____ No

Si su respuesta es Sí, ¿En cual escuela? _____

AUTORIZO A LA ESCUELA PARA QUE PRESTE SERVICIOS DE EMERGENCIA A MI HIJO/A EN CASO DE NECESIDAD.

FIRMA DEL PADRE/ACUDIENTE _____ **FECHA:** _____