

REGISTERING SCHOOL _____ SCHOOL # _____

FOR OFFICE USE ONLY (SOLO PARA USO OFICIAL)

ENTRY DATE - ENTRY CODE: E1 E2 R2 R3 R5 R6

NCWISE ID#/MF TEACHER _____ TRACK

APELLIDO LEGAL DEL (DE LA) ESTUDIANTE _____ GRADO _____
PRIMER NOMBRE LEGAL _____ SEGUNDO NOMBRE LEGAL _____

SEXO (marque una): M F

ORIGEN ÉTNICO (marque una): Hispano/Latino No Hispano/Latino

RAZA (Marque Todas Las Que Apliquen): India Americana O Nativa de Alaska Asiática Negra o Africana Americana
 Nativa de Hawái o Otra De Las Islas del Pacífico Blanca

¿Su hijo(a) tiene PROGRAMAS ESPECIALES (PEI)? SÍ NO ¿o un Plan 504? SÍ NO

¿Su hijo(a) recibe servicios de ESL? SÍ NO ¿o de Título Uno? SÍ NO

DIRECCIÓN _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ - _____ - _____ NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA (____) _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
mm dd aaaa

¿CON QUIÉN VIVE EL (LA) ESTUDIANTE?: (marque una) Madre solamente Padre solamente
Padre y Madre Tutor Legal Otro _____

PADRE/PADRASTRO _____ NÚMERO DE CELULAR (____) _____
LUGAR DE EMPLEO _____ NÚMERO DE TRABAJO (____) _____
CORREO ELECTRÓNICO _____

MADRE/MADRASTRA _____ NÚMERO DE CELULAR (____) _____
LUGAR DE EMPLEO _____ NÚMERO DE TRABAJO (____) _____
CORREO ELECTRÓNICO _____

TUTOR LEGAL _____ NÚMERO DE CELULAR (____) _____
LUGAR DE EMPLEO _____ NÚMERO DE TRABAJO (____) _____
CORREO ELECTRÓNICO _____

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE) _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

¿Ha estado su hijo(a) matriculado alguna vez en las Escuelas Públicas del Condado de Wake? SÍ NO
¿Cuál escuela? _____ Fechas: _____
¿Ha estado su hijo(a) matriculado alguna vez en una escuela en Carolina del Norte? SÍ NO
¿Cuál escuela? _____ Fechas: _____

Última escuela a la que asistió: _____ Fechas: _____
Dirección de la escuela anterior: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Tipo de escuela que asistió el año pasado: Pública Privada Chárter Casa

Hermano(s) o hermana(s) que asisten a WCPSS _____
Hermano(s) o hermana(s) que no son de edad escolar _____

Información medica en caso de emergencia - Escriba cualquier condición física especial o rara, convulsiones, alergias severas, etc. – cualquier condición física para la cual la escuela le da cuidados especiales:

Nombre del doctor: _____ # de teléfono: (____) _____
Nombre de la persona que se debe contactar en caso de emergencia: _____
Relación con el (la) estudiante _____ # de teléfono: (____) _____