



Formulario de Inscripción para Estudiante

El Distrito Escolar del Condado de Campbell no discrimina en base a raza, credo, color, religión, nacionalidad, sexo, Condición de discapacidad o edad en relación a admisión, tratamiento de estudiante y términos de condiciones para inscripción.

ID# _____ Area _____ Bus _____

Date Enrolled _____ Date Started _____

Grade Entered _____ AACR _____ Cluster _____

Homeroom _____ Teacher _____

Lunch Internet Medical Immunization

Birth Certificate

¿Ha asistido el estudiante a escuelas en CCSD anteriormente? Si o No

Si marco si, ¿dónde y cuándo? _____

Nombre Legal (Apellido) _____ (Primer) _____ (segundo) _____

Dirección Física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Correo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de vivienda (_____) _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Ingresando al Grado _____

Etnicidad: ¿Es el estudiante Hispano o Latino? Si No

¿Cuál es la raza del estudiante? (circule una) Blanco Negro Asiático Nativo Americano Nativo de Alaska Nativo de Hawaii/Otras islas del Pac

Ciudad de Nacimiento _____ Estado _____ Nacido fuera de EEUU donde _____ Fecha de entrada a EEUU _____

¿Si los padres están divorciados/separados quien tiene la custodia del estudiante? _____

Nombre de 1er guardián _____ Empleador _____

Numero de Trabajo _____ Celular _____ Teléfono de Casa _____

Correo Electrónico _____ Mande Emails de Calificaciones Asistencia Balances de Comidas

Nombre de 2do guardián _____ Empleador _____

Numero de Trabajo _____ Celular _____ Teléfono de casa _____

Correo Electrónico _____ Envíe Emails de Calificaciones Asistencia Balances de Comidas

De ser aplicable nombre y dirección de un segundo hogar

Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____ Relación con el estudiante _____

Empleador _____ Numero de Trabajo _____ Mandar correspondencia Si No

Nombres y Fechas de Nacimiento de niños viviendo con el estudiante: _____

Información de Contactos de Emergencia (Por favor nombre otros familiares que no sean los Guardianes 1 y 2)

Contacto #1 Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Contacto #2 Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Contacto #3 Nombre _____ Telefono _____ Relación _____

Doctor _____ Teléfono _____ Dentista _____ Teléfono _____

¿Alguna vez este estudiante ha repetido o se le ha pedido repetir grado? Si o No Grado Repetido _____

Recibe el estudiante alguno de estos servicios: IEP Plan 504 Title1 Niños Dotados/Talented ESL

¿Tiene un certificado de elegibilidad de un Programa Federal para Emigrante? Si o No

Primer Idioma hablado por el estudiante _____ Idiomas hablados en casa _____

¿Qué Idiomas son necesarios para la comunicación entre el hogar y la escuela? _____

¿Cuáles Idiomas son hablados y completamente comprendidos por el estudiante? _____

¿Está el estudiante en una Casa Hogar? Si o No (Solamente circule si, si el Estado mantiene la custodia legal del estudiante)

Esta el estudiante relacionado con el Servicio Militar (Circule N o A o G)

N – No el estudiante no tiene relación con el Servicio militar.

A – Servicio Activo– El estudiante es dependiente de un miembro activo del Ejército, Fuerza Armada, Fuerza Aérea, Cuerpo de Marina, o Guardia Costera.

G – Guardia Nacional – El estudiante es dependiente de un miembro a tiempo completo de la Guardia Nacional.

Firma de Padre

Fecha