



# Escuelas de Perry Township

6548 Orinoco Avenue · Indianapolis, Indiana 46227 · 317.789.3700

School Name/Code

## FORMA DE REGISTRACIÓN & CONSENTIMIENTO DE EMERGENCIA

Fecha de Registración \_\_\_\_\_ Grado Actual (basados en # de años en la preparatoria, si aplica) \_\_\_\_\_ Fecha de Graduación \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

(i.e. Jr, I, II, etc.) \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Está el contrato de alquiler de la dirección anterior a su nombre Si \_\_\_ No \_\_\_

### ESTUDIANTE VIVE CON: Custodia\*

Ambos Padres \_\_\_ Madre Solamente \_\_\_ Padre Solamente \_\_\_ Madre & Padrastro \_\_\_ Padre & Madrastra \_\_\_

Otro \_\_\_ De ser otro, ¿Cuál es el parentesco con el estudiante? \_\_\_\_\_

\*Si marco algo distinto a "Ambos Padres," por favor indique a continuación alguna otra información importante de custodia:

¿Quién es el Tutor Legal y/o tiene la Custodia Legal? \_\_\_\_\_

¿Hay documentos de custodia /tutela? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, debe presentar los documentos. ¿Es un niño(a) adoptado(a)? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Está actualmente viviendo en transición (duplicado con otra familia, en un refugio o en su vehículo)? Si \_\_\_ No \_\_\_

### INFORMACIÓN DE NACIMIENTO

Fecha de Nacimiento

Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

¿Es un estudiante refugiado? No \_\_\_ Si \_\_\_ En caso afirmativo, escriba el I-94 \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de llegada a Estados Unidos? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, cuál de las siguientes agencias de reasentamiento:

\_\_\_ Caridades Católicas \_\_\_ Éxodo \_\_\_ Agencias Estatales Externas

¿Ha estado inscrito en una escuela de Estados Unidos anteriormente? (K-12) No \_\_\_ Sí \_\_\_

Indique el estado \_\_\_\_\_ Fecha en que el estudiante se registró en la escuela de EEUU \_\_\_\_\_

¿Nació fuera de Estados Unidos? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, ¿cuál país? \_\_\_\_\_

Cuando el personal de la escuela tenga que comunicarse con usted, ¿qué idioma prefiere? Por favor elija sólo uno de los siguientes:

\_\_\_ Inglés \_\_\_ Español \_\_\_ Chin/Hakha \_\_\_ Arábico \_\_\_ Swahili

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PADRES (Por favor circule uno)

Madre / Madrastra / Tutora

Padre / Padrastro / Tutor

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Números de Teléfonos / Dirección de Correo Electrónico

Números de Teléfonos / Dirección de Correo Electrónico

Domicilio \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

\*¿Son los Padres Militares? ACTIVO  RESERVA

### INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR

Última escuela a la que asistió: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de Baja: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ # Fax \_\_\_\_\_

¿Ha asistido a alguna escuela de Perry Township? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, nombre de la escuela en Perry \_\_\_\_\_

¿Está el estudiante actualmente suspendido/expulsado o esta en proceso de ser suspendido/expulsado de la escuela? Sí \_\_\_ No \_\_\_

### PARTICIPACIÓN EN ALGÚN PROGRAMA ESPECIAL (marque todas las que correspondan)

Avanzado \_\_\_ Título 1 \_\_\_ EL(Inglés Limitado) \_\_\_ Educación Especial \_\_\_ IEP Actual \_\_\_ Instrucción 504 \_\_\_ Evaluación Psicológica \_\_\_ Consejería \_\_\_ Beca 21st Century \_\_\_\_\_

Este año escolar, el estudiante ha tomado alguno de los siguientes: \_\_\_ Arte \_\_\_ Banda \_\_\_ Orquesta \_\_\_ Coro \_\_\_ P.E. \_\_\_ Idioma Extranjero \_\_\_\_\_

¿Ha tocado un instrumento musical? Sí \_\_\_ No \_\_\_; si es así, ¿cuál instrumento? \_\_\_\_\_

¿Ha participado en atletismo en la escuela anterior? Sí \_\_\_ No \_\_\_; si es así, ¿qué deporte(s)? \_\_\_\_\_; ¿Planeas participar aquí? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Escriba cualquier condición o característica que pueda ser útil para el maestro o director al trabajar con el estudiante \_\_\_\_\_

### LIMITACIONES FISICAS

Sí \_\_\_ No \_\_\_ De ser afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

### LISTA DE HERMANOS(AS) QUE ASISTEN A LAS ESCUELAS DE PERRY TOWNSHIP (escriba en la parte de atrás, si es necesario)

Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

Su hijo(a) SOLO puede ser entregado a las personas enumeradas a continuación, a menos que lo notifique por escrito.

Nombre _____	Nombre _____
Relación con el estudiante _____	Relación con el estudiante _____
# de Celular: _____ # de Domicilio: _____	# de Celular: _____ # de Domicilio: _____

**INFORMACIÓN DE ALERTA (NO ENTREGARSE A):**

Nombre _____	Relación _____
Nombre _____	Relación _____

Información Adicional de Alerta:

**INFORMACIÓN MÉDICA/ HISTORIAL/ALERGIAS**

Diagnóstico/Alergias/Restricciones Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ De ser afirmativo, por favor describa a continuación.

\_\_\_\_\_

En caso de un accidente menor o enfermedad, autorizo al personal de la escuela a brindar tratamiento médico. En caso de accidente grave o enfermedad, solicito que la escuela me contacte. Si la escuela no puede comunicarse conmigo, autorizo a la escuela a llamar al médico que se indica a continuación y seguir sus instrucciones. Si es imposible contactar a este médico, la escuela puede hacer los arreglos que sean necesarios. También doy mi permiso para divulgar información médica al personal.

Asumiré la responsabilidad financiera. Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Médico Familiar \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Hospital de Preferencia \_\_\_\_\_

Las clínicas escolares son atendidas por Community Health Network RNs/LPNs/CMAAs.

El consentimiento para tratamiento debe estar firmado (incluido) para que su hija(a) pueda ser visto en la clínica.

**Solo para alumnos de la escuela preparatoria-NIVEL MAS ALTO DE EDUCACIÓN DE LOS PADRES (necesarios para los informes del DOE)**

Padre: \_\_ Primaria/Secundaria \_\_ Algunos grados de preparatoria \_\_ Grad de Preparatoria \_\_ Algunos grados universitarios \_\_ Grad de Universidad \_\_

Madre: \_\_ Primaria/Secundaria \_\_ Algunos grados de preparatoria \_\_ Grad de preparatoria \_\_ Algunos grados universitario \_\_ Grad de Universidad \_\_

**FIRMAS REQUERIDAS - POR FAVOR FIRME Y ESCRIBA LA FECHA****GUIAS DE USO TECNOLÓGICO**

El acceso al Internet a través del distrito escolar es un recurso valioso de aprendizaje para los estudiantes. A los estudiantes se les permite tener acceso al Internet en la red de computadoras del distrito escolar, a menos que sus padres/tutores legales presenten una objeción por escrito al comienzo de cada año escolar. Puede encontrar la forma para rechazar el acceso de los estudiantes en la página web: perryschools.org

(Para revisar la Póliza de Uso Aceptable del Distrito: Entre a la página web bajo Padres y Comunidad - Parents and Community)

Firma de los Padres/Tutores \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**\*\* SU HIJO(A) NO ESTA INSCRITO OFICIALMENTE HASTA QUE SU ACTA DE NACIMIENTO, REGISTRO DE VACUNACION Y COMPROBANTE DE DOMICILIO SE VERIFIQUE---CUALQUIER INFORMACION OMITIDA O FALSIFICADA POR EL PADRE PUEDE INVALIDAR ESTA INSCRIPCION\*\***

Firma de los Padres/Tutores \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**USO OFICIAL SOLAMENTE**

Enrollment Date \_\_\_\_\_ Grade Level \_\_\_\_\_ Other(student) # \_\_\_\_\_ STN \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_ Bus # \_\_\_\_\_ Food Service # \_\_\_\_\_  
Locker #/Combo \_\_\_\_\_ Classroom \_\_\_\_\_

**PAPERS RECEIVED / VERIFIED**

Birth Certificate / I-94 Card	Yes ___ No ___	Date Received _____
Passport or Visa	Yes ___ No ___	Date Received _____
Immunization Records	Yes ___ No ___	Date Received _____
Address Verified	Yes ___ No ___	Date Received _____
Utility Bill: electric, gas, cable, water, phone	Yes ___ No ___	Date Received _____
Custodial Papers	Yes ___ No ___	Date Received _____
Home Language Survey (Original)	Yes ___ No ___	Date Received _____
Race/Ethnicity Survey (Original)	Yes ___ No ___	Date Received _____

Transcript Requested on \_\_\_\_\_ 2nd Request \_\_\_\_\_ Transcript received on \_\_\_\_\_

If transcripts not received, please list reason:

GQE: English/Math - Pass \_\_\_\_\_ Fail \_\_\_\_\_