

Fecha_____

Informacion para inscribir a los estudiantes del condado de Jefferson

Seguro Social_____

Primer Apellido_____ Segundo Apellido_____ Nombre_____

Fecha de nacimiento_____ Sexo M o F

Circulo uno: Americano Hispano/Latino Indio Negro/Africano Asiano

Vives con (Circulo uno) Madre Padre Los dos Otro_____

Hablas espanol? Si o No Hablas ingles? Si o No

Nombre de padre_____ Nombre de madre_____

Direccion de la casa_____ Ciudad_____ codigo postal_____

Telefono de casa_____ Trabaja de madre_____

Trabaja de padre_____ Celular de madre/padre_____

Contacto de emergencia (1):

Nombre_____ relacion del alumno_____ telefono_____

Direccion de la casa_____ Ciudad_____ codigo postal_____

Contacto 2: Nombre_____ relacion del alumno_____ telefono_____

Direccion de la casa_____ Ciudad_____ codigo postal_____

Contacto 3: Nombre_____ relacion del alumno_____ telefono_____

Direccion de la casa_____ Ciudad_____ codigo postal_____

Contacto 4: Nombre_____ relacion del alumno_____ telefono_____

Direccion de la casa_____ Ciudad_____ codigo postal_____

Ellos pueden recoger el estudiante? Si o No

Transportacion a mi casa. Mi hijo/hija ira a su casa de esta manera: Autobus o Carro

Donde nacio?_____ Condado_____ Estado_____ Pais_____

Ciudadania US o otro pais Fecha de entrada a los EE. UU_____ Cuantos anos aqui?_____

Cuantos anos de educacion en su pais?_____

A estado inscrito en otra escuela en los estados unidos? Si o No Migrante Si o No Imigrante Si o No

Idioma de su casa_____ Primer idioma_____ Segunda idioma_____

Ultima escuela que asistio?_____ Ciudad de escuela_____

A estado el estudiante inscrito en una escuela en el estado de TN?_____

A estado en la escuela del condado de Jefferson? Si o No Donde_____

Atenido clases de educacion especial? Si o No

Toma medicina regularmente? Si o No

Nombre de medicina_____Dosis_____

Nombre de doctor_____

Alergia de comida o medicina_____

Alguna condicion medica_____

Clase de aceguancia_____

En caso de emergencia, Yo doy permiso para la escuela llamar la ambulancia.

Firma de padre_____Fecha_____

Lista de hermanos y hermanas

Apellido	Primer nombre	Edad	Sexo	Escuela
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____