

Vance County Schools

Hoja de Registro del Estudiante

Estudiante # _____ Fecha de Ingreso: _____ Aula Base/Maestro: _____

Codigo de Ingreso: _____ Transporte: _____ Carro _____ Bus _____ Camina _____

Nombre del Estudiante: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento _____ Género: Masculino ___ Femenino ___

Seguro Social # _____ Grado: _____ Teléfono de Casa #: _____

¿Su niño ha asistido alguna vez a las escuelas del condado Vance? ___ Sí ___ No ¿A cuál? _____

Escuela Previa/Dirección: _____

(Ciudad) (Estado) (Teléfono #) Ultima Fecha que asistió

Por favor responda SI o NO a lo siguiente:

ESL: Sí o No Speech: Sí or No AIG: Sí o No LEP: Sí o No Plan 504: Sí o No EC/IEP: Sí o No

Etnicidad Federal: ¿Es el estudiante Hispano o Latino? ___ Sí ___ No

Raza (Puede marcar mas de una): ___ Indio Americano o Nativo de Alaska ___ Asiático ___ Blanco
____ Negra o Aframericano ___ Nativo de Hawai/Otra Isla de Pacifico

Vive con: ___ Madre ___ Padre ___ Ambos Padres ___ Tutor/Padre de Crianza

Dirección: _____
Calle Apt#/Suite

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Dirección de envío: ¿Misma Dirección de Casa? ___ Sí ___ No

En esta casilla escriba su dirección de envío si es diferente a su dirección de casa:

[Empty box for alternate address]

Nombre de la Madre: _____
(Apellido) (Nombre)

Teléfono de Casa #: _____ ¿En Directorio? (Y/N) Teléfono móvil #: _____

Lugar de Empleo: _____ Teléfono de Trabajo #: _____

Dirección Electronica de la Madre: _____

Nombre del Padre: _____
(Apellido) (Nombre)

Teléfono de Casa #: _____ ¿En Directorio? (Y/N) Teléfono móvil #: _____

Lugar de Empleo: _____ Teléfono de Trabajo #: _____

Dirección del Padre (Si es diferente al de Casa): _____
Calle

Apt#/Suite (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección Electronica del Padre: _____

Historial Disciplinario:

¿Esta actualmente suspendido de la escuela previa? Sí o NO

¿Ha sido suspendido a largo plazo o recomendado para suspensión a largo plazo de cualquier escuela previa?

Sí o No

¿Ha recibido condena por un delito grave en Carolina del Norte o algún otro estado? Sí o No

Información Médica/Emergencia:

Nombre del Doctor: _____ Teléfono del Doctor #: _____

Nombre del Dentista: _____ Teléfono del Dentista #: _____

Condición Médica Especial: _____

Alergias: _____

Escriba los nombre de hermanos que asisten a las escuelas del condado Vance (VCS):

Nombre : 1. _____ 2. _____ 3. _____

Relación: _____

Grado: _____

Género: _____

Escuela: _____

Contactos de Emergencia:

1. Nombre: _____ Apellido: _____

Relación con el estudiante: _____ Viven Juntos : Sí _____ No _____

Puede recoger al estudiante: Sí _____ No _____ Habla Inglés: Sí _____ No _____

Dirección: _____

(Calle) (Apt#/Suite)

(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Teléfono de Casa # : _____ Tel. de día #: _____ Tel. Móvil #: _____

2. Nombre: _____ Apellido: _____

Relación con el estudiante: _____ Viven Juntos : Sí _____ No _____

Puede recoger al estudiante: Sí _____ No _____ Habla Inglés: Sí _____ No _____

Dirección: _____

(Calle) (Apt#/Suite)

(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Teléfono de Casa # : _____ Tel. de día #: _____ Tel. Móvil #: _____

3. Nombre: _____ Apellido: _____

Relación con el estudiante: _____ Viven Juntos : Sí _____ No _____

Puede recoger al estudiante: Sí _____ No _____ Habla Inglés: Sí _____ No _____

Dirección: _____

(Calle) (Apt#/Suite)

(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Teléfono de Casa # : _____ Tel. de día #: _____ Tel. Móvil #: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____