

ESCUELAS PÚBLICAS DE BRAINTREE
FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nota: Es de suma importancia que nos notifique si ocurre un cambio en esta información en cualquier momento del año.

For Office Use Only: Registration Date: _____ <input type="checkbox"/> Home Language Survey <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> SPED <input type="checkbox"/> IEP Received Proof of Residency <input type="checkbox"/> Requested <input type="checkbox"/> Attached

Estudiante
 Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____
 Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenino
 Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____
 Idioma principal _____ Si nació afuera del país, cantidad de años viviendo en los EE. UU. _____
 País de nacimiento: _____ Ciudad de nacimiento: _____ en el hogar: _____
 Hispano o latino Sí No (de cultura cubana, mexicana, puertorriqueña, centro o sudamericana) Raza: Caucásico Nativo americano Afroamericano Asiático Nativo de una isla del Pacífico
 ¿El estudiante ya estuvo inscripto en alguna de las Escuelas Públicas de Braintree? Sí No En caso afirmativo, mencionar la escuela y los años: _____
 Última escuela a la que asistió: _____ Esta escuela es pública privada
 ¿Quién tiene la custodia legal del estudiante? Ambos padres Madre Padre Tutor Otro (especificar)

Contacto 1
 Nombre: _____ Relación: Madre Padre Tutor
 Teléfono principal: _____ Dirección: _____
 Teléfono alternativo: _____ Teléfono laboral: _____
 Nombre del empleador: _____ Correo electrónico principal: _____
 Ocupación: _____
 ¿Esta persona vive con el estudiante? Sí No ¿Esta persona puede ir a buscar al estudiante? Sí No
 ¿Esta persona puede recibir correspondencia de la escuela? Sí No

Contacto 2
 Nombre: _____ Relación: Madre Padre Tutor
 Teléfono principal: _____ Dirección: _____
 Teléfono alternativo: _____ Teléfono laboral: _____
 Nombre del empleador: _____ Correo electrónico principal: _____
 Ocupación: _____
 ¿Esta persona vive con el estudiante? Sí No ¿Esta persona puede ir a buscar al estudiante? Sí No
 ¿Esta persona puede recibir correspondencia de la escuela? Sí No

Condición de familia militar (en respaldo de la Ley VALOR)
 ¿El estudiante es hijo de un miembro en servicio activo de los servicios uniformados, la Guardia Nacional o la Reserva Nacional? Sí No
 ¿El estudiante es hijo de un miembro o veterano del ejército dado de baja por cuestiones médicas o retirado dentro del último año? Sí No
 ¿El estudiante es hijo de un miembro del ejército que murió en servicio activo? Sí No

Hermanos (mencione todos los hermanos y con su fecha de nacimiento)
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Contactos de emergencia (infórmele a estas personas que serán notificadas en caso de emergencia)
 En caso de accidente o enfermedad grave de mi hijo, y en caso de que no puedan contactarse conmigo de inmediato, comuníquense con las siguientes personas de la zona:
 Nombre: _____ Relación: _____ Nombre: _____ Relación: _____
 Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____
 Teléfono laboral: _____ Teléfono laboral: _____

For Office Use Only
 Grade: _____ Teacher: _____ LASID: _____ Date Records Requested: _____
 Homeroom: _____ Counselor: _____ SASID: _____ Date Records Received: _____
 House: _____ Social Worker: _____ Played Varsity Sports Yes No Forwarded to Counselor
 Bus: _____ Forwarded to Nurse