

# Escuelas del Condado de Jackson Información de Registro del Estudiante

Fecha de entrada: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ # de estudiante: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez el estudiante ha asistido a las escuelas del Condado de Jackson?  No  Si, ¿que año? : \_\_\_\_\_  Matricula Nueva  Transferencia de distrito  Transferencia dentro del distrito

## 1. INFORMACION DEL ESTUDIANTE POR FAVOR LETRA DE IMPRENTA (Deje espacio en blanco entre Apellido, Primer Nombre, y Segundo Nombre)

--	--	--	--

Apellido legal (incluya Jr, II, etc.)                      Primer Nombre                      Segundo Nombre Completo                      Apodo

--	--	--	--

Número                      Calle                      # Apt. Box or Lote                      Fecha de Nacimiento                      Número de Seguro Social

--	--	--	--	--	--

Ciudad                      Código Postal                      Código de Área                      Número de Teléfono                      Si aplica, número de estado asignado

Renuncia firmada por el tutor:  Si  No

Última escuela que asistió: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

## 2. INFORMACION FAMILIAR: Nombre del padre/tutor que reside con el estudiante (incluya apellido si es diferente al del estudiante)

Madre  Madrastra  Legal/Tutor de la corte

Recibir correo:  Si  No    Portal:  Si  No

Nombre: \_\_\_\_\_

#del trabajo: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Padre  Padrastro  Legal/Tutor de la corte

Recibir correo:  Si  No    Portal:  Si  No

Nombre: \_\_\_\_\_

#del trabajo: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Tutor legal que no reside con el niño(a): \_\_\_\_\_

Custodia Legal del niño(a):  Ambos Padres  Madre  Padre

Otre: \_\_\_\_\_ (relación al Estudiante)

\*Copia del acuerdo de custodia legal actual debe proporcionarse

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tele: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Recibir correo:  Si  No    Portal:  Si  No

**Dirección postal si es diferente a la direccion residencial:** \_\_\_\_\_

**Método de Transportación**  Autobús  Carro  Caminante  Programa después de la escuela

Personas no autorizadas a transportar al estudiante: \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia y personas autorizadas a recoger al estudiante:**

Nombre Completo	Relación	Número de Teléfono
Nombre Completo	Relación	Número de Teléfono
Nombre Completo	Relación	Número de Teléfono

**Información Adicional:**

¿Actualmente recibe el estudiante servicios de educación especial?  Si  No

¿Si "si" qué área de la discapacidad? \_\_\_\_\_

¿El estudiante recibe servicios de logoterapia?  Si  No

¿Actualmente recibe el estudiante servicios de educación para niños dotados?  Si  No

¿Tiene el estudiante un plan corriente de Aprendizaje Personal?  Si  No

¿Tiene el estudiante un plan 504 actual?  Si  No

¿Actualmente recibe el estudiante servicios English Language Learner?  Si  No

**Militar Información**

El padre o guardián son parte del servicio militar actualmente?  Si  No

Si es afirmativo, que rama de military?

- Air Force                       Army                               Coast Guard
- Marine Corps                       Navy

¿El padre o tutor actualmente es parte de la reserva de guardia active (AGR)?  Si  No

Por favor seleccione todo(s) lo que aplican:

- Discharged                       Injured                               Student Military Identifier Only
- Killed in Action                       Retired Military                       Transitioning Out of Active Duty

**Militar Información**

La madre o guardián son parte del servicio militar actualmente?  Si  No

Si es afirmativo, que rama de military?

- Air Force                       Army                               Coast Guard
- Marine Corps                       Navy

¿La madre o tutor actualmente es parte de la reserva de guardia active (AGR)?  Si  No

Por favor seleccione todo(s) lo que aplican:

- Discharged                       Injured                               Student Military Identifier Only
- Killed in Action                       Retired Military                       Transitioning Out of Active Duty

Liste todos los otros hermanos en el hogar:

<u>Apellido</u>	<u>Primer Nombre</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Sexo</u>	<u>Grado</u>	<u>¿El niño va a la escuela?</u> <u>Escuelas del Condado de Jackson?</u>	<u>Nombre de la Escuela</u>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____

**Informacion de Salud del Estudiante**

Por favor, provea cualquier condicion o condiciones medicas que la exuela deba tener en cuenta. Includendo asma, todas las alergias, y / o medicamentos prescritos al estudiante.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_

**Comunicado del Cuidado de la Salud**

En el caso de cualquier emergencia o accidente con este estudiante y el padre/tutor no puede ser contactado, doy permiso a las autoridades escolares a tomar medidas apropiadas de emergencia, incluyendo llamar al 911 para el transporte a un hospital. También doy permiso al personal de la sala de emergencia del hospital para tratar el estudiante a menos que yo esté presente y solicite otra cosa. Entiendo que las tarifas para el transporte y los servicios médicos serán responsabilidad del padre/tutor.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Aviso de Matrícula**

Para completar la inscripción de su hijo en ele Sistema escolar del condado de Jackson, un aviso de registro firmado debe estar en el archive. Registro en el sistema escolar del condado de Jackson no se finalizará o se considera complete hasta que toda la información solicitada es recibida y verificada. Todos los documentos comprobantes de residencia están sujetos a revisión y verificación por parte de la Junta de Educación del Condado de Jackson.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SCHOOL USE ONLY:**

- Birth Certificate
- Proof of Residency
- Parent/Guardian Active Military
- Student Middle Name Verification
- Immunization Record
- Copy of Social Security Card
- Birth Place
- Birth Verification
- Signed Record Release
- Employee's student
- Migrant Verification
- Relationship Tab

If yes, Employee #: \_\_\_\_\_

Signature of school personnel who verified above information: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_