

ESCUELAS ELEMENTALES DE ELOY
ESCUELA CURIEL
FORMA DE MATRICULACIÓN

Día de Entrada _____ Código ____ Grado ____ Andando ____ Autobús _____ Nombre de autobús _____
 Profesor (a) _____ Cuarto _____

Nombre de estudiante _____ Macho ____ Hembra ____

Dirección _____ Numero de teléfono _____

Dirección de correspondencia _____ Ciudad y código _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Nombre de Padre _____ Empleador _____

Teléfono _____ # de Celular _____

Nombre de Madre _____ Empleador _____

Teléfono _____ # de Celular _____

El estudiante vive con- ____ los dos padres ____ Madre ____ Padre ____ Otra persona

Sí no vive con los padres, con quien vive el estudiante?

Nombre _____ Relación _____

Correo electrónico (email): _____

Es el estudiante Hispánico o Latino? Sí No ¿Qué es la raza de el estudiante? African American

American Indian Asian Pacific Islander Blanco

¿Cuál es el idioma principal que usa su estudiante? _____

(Conteste con el idioma que usa con más frecuencia su estudiante.)

Favor de indicar donde asistió estudiante a la escuela antes de transferencia _____

Puede participar el estudiante en todas actividades físicos? Sí _____ No _____

Sí responden no, favor de explicar _____.

Favor de listar a los hermanos, hermanas y las edades.

<u>Hermanos</u>	<u>Edad</u>	<u>Hermanas</u>	<u>Edad</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Contactos para emergencias:

Nombre _____ #'s de Teléfono _____ Relación _____

Nombre _____ #'s de Teléfono _____ Relación _____

Nombre _____ #'s de Teléfono _____ Relación _____

Nombre y Teléfono de Medico _____

Nombre y Teléfono de Dentista _____

Yo doy permiso para que reciba mi hija / hijo tratamiento medico en caso de emergencia o primeros auxilios, por doctor, la enfermera de la escuela, sí el tratamiento sea necesaria.

 Firma de padres / guardianes _____
 Fecha