**(SCHOOL NAME)**

**Formulario de Información del Estudiante**

**Estudiante:**

\*Nombre legal: Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sufijo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pronombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Inscripción para el grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Domicilio principal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio secundario (opcional):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Distrito escolar de residencia (si lo sabe):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \* Nació en EE. UU. ☐ Sí O ☐ No

\*¿Ha asistido el estudiante a una o más escuelas en uno o más estados durante más de 3 años académicos completos? ☐ Sí o ☐ No

**Etnia y raza federales: (marque todo lo que corresponda)**

\*Etnia: Hispano o latino ☐ Sí O ☐ No

\*Raza: ☐ Indígena americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái/isleño del Pacífico

☐ Blanco

**Servicios educativos: (Marque todas las que correspondan)**

\*Educación: ☐ 504 ☐ ALP/Programa para Superdotados y Talentosos ☐ Antiguo o actual EL (Estudiante de inglés)

☐ IEP -Seleccione el tipo de discapacidad: ☐ Intelectual ☐ Emocional ☐ Del aprendizaje ☐ Auditiva ☐ Visual   
 ☐ Del habla ☐ Sordociego ☐ Múltiple ☐ Del desarrollo ☐ Autismo

☐ TCE ☐ Ortopédica ☐ Otras de salud

Otras alertas: ☐ Alerta médica ☐ Alerta legal (proporcionar documentación a la escuela)

**Contactos de los padres/tutores:**

Nombre del contacto principal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el estudiante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono alternativo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de contacto secundario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el estudiante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono alternativo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia:**

Nombre de contacto alternativo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de contacto alternativo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Conexiones militares:**

\*¿Corresponde alguna de las siguientes opciones a la situación de algún miembro de su hogar?: ☐ Servicio activo a tiempo completo en las Fuerzas Armadas o servicio a tiempo completo en la Guardia Nacional

**Firmas:**

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_