

Check documents attached

Residence Verification
Residency Affidavit
Parent/Guardian ID
Pre K State funded Private Non-Profit Social



Birth Certificate/Verification
GA Immunization
Eyes, Ears, Dental
Security# or Waiver
Registrar Initials

GAINESVILLE CITY SCHOOLS

UN GAINESVILLE: Nosotros inspiramos, nutrimos, desafiamos, y preparamos nuestros estudiantes.

Fecha de hoy: Fecha de inicio: Año Escolar: Escuela Asignada:

Nombre del Estudiante 1:

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Idioma: Primer idioma que habló su hijo Edad que aprendió inglés Fecha de nacimiento
Idioma que se habla en el hogar Lugar de nacimiento SS# Nivel de Grado
Idioma que más habla el estudiante Fecha que entró a las escuelas de EU Genero Femenino Masculino
Etnica: No Hispano/Latino Raza: Blanco Asiático Indio americano o Nativo de Alaska
Si Hispano/Latino Negro/Africano Americano Hawaiano o Isleño del Pacifico

Ha asistido a escuelas en GA Si No -Gainesville City Schools Si No Fecha que entró a 9no grado Escuela Previa

Programas: Dotado Educación Especial Habla RTI 504 EIP

Medicinas durante horas de escuela Si No Nombre de medicina Proveedor de asistencia medica

Transportación am autor pm auto am autobús pm autobús Programa después de la escuela Guardería pm

Nombre del Estudiante 2:

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Idioma: Primer idioma que habló su hijo Edad que aprendió inglés Fecha de nacimiento
Idioma que se habla en el hogar Lugar de nacimiento SS# Nivel de Grado
Idioma que más habla el estudiante Fecha que entró a las escuelas de EU Genero Femenino Masculino
Etnica: No Hispano/Latino Raza: Blanco Asiático Indio americano o Nativo de Alaska
Si Hispano/Latino Negro/Africano Americano Hawaiano o Isleño del Pacifico

Ha asistido a escuelas en GA Si No -Gainesville City Schools Si No Fecha que entró a 9no grado Escuela Previa

Programas: Dotado Educación Especial Habla RTI 504 EIP

Medicinas durante horas de escuela Si No Nombre de medicina Proveedor de asistencia medica

Transportación am autor pm auto am autobús pm autobús Programa después de la escuela Guardería pm

Nombre del Estudiante 3:

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Idioma: Primer idioma que habló su hijo Edad que aprendió inglés Fecha de nacimiento
Idioma que se habla en el hogar Lugar de nacimiento SS# Nivel de Grado
Idioma que más habla el estudiante Fecha que entró a las escuelas de EU Genero Femenino Masculino
Etnica: No Hispano/Latino Raza: Blanco Asiático Indio americano o Nativo de Alaska
Si Hispano/Latino Negro/Africano Americano Hawaiano o Isleño del Pacifico

Ha asistido a escuelas en GA Si No -Gainesville City Schools Si No Fecha que entró a 9no grado Escuela Previa

Programas: Dotado Educación Especial Habla RTI 504 EIP

Medicinas durante horas de escuela Si No Nombre de medicina Proveedor de asistencia medica

Transportación am autor pm auto am autobús pm autobús Programa después de la escuela Guardería pm

Nombre del Estudiante 4:

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Idioma: Primer idioma que habló su hijo Edad que aprendió inglés Fecha de nacimiento
Idioma que se habla en el hogar Lugar de nacimiento SS# Nivel de Grado
Idioma que más habla el estudiante Fecha que entró a las escuelas de EU Genero Femenino Masculino
Etnica: No Hispano/Latino Raza: Blanco Asiático Indio americano o Nativo de Alaska
Si Hispano/Latino Negro/Africano Americano Hawaiano o Isleño del Pacifico

Ha asistido a escuelas en GA Si No -Gainesville City Schools Si No Fecha que entró a 9no grado Escuela Previa

Programas: Dotado Educación Especial Habla RTI 504 EIP

Medicinas durante horas de escuela Si No Nombre de medicina Proveedor de asistencia medica

Transportación am autor pm auto am autobús pm autobús Programa después de la escuela Guardería pm

Información del adulto matriculando: (padre/Guardián 1) (El adulto matriculando el estudiante debe firmar en la parte inferior del formulario para realizar la inscripción.) **Note:** El niño debe residir principalmente con el adulto matriculando.

Nombre del adulto matriculando: _____ ****relación con el estudiante** _____
Apellido Nombre Segundo Nombre **** Si no es el padre, la madre, o el tutor legal Forma JBC-7 debe ser completado (Junta Estatal de Educación artículo 160-5-1-28)**

Estudiante vive con: Ambos padres Padre Madre Abuelo(s) Guardián(s) Padre(s) adictivo(s) Solo Otro familiar
Estado civil: Casado Separado Divorciado Soltero Primer idioma del adulto matriculando _____

Dirección de propiedad

Dirección postal

Calle Apt# Calle Apt#
Ciudad Código Postal Ciudad Código Postal
Teléfono del hogar #: _____ Celular #: _____ Teléfono del trabajo# _____ ext. _____

Ocupación/Empleo: _____ Correo Electrónico: _____

ALUMNO McKENNEY-VENTO/ENCUESTA DE FAMILIA MATRICULANDO

Usted: Tiene casa propia Renta (**PARE** - NO es necesita completar esta sección)

Si su familia:

Está alojado en un hogar de refugio (Familiar de violencia doméstica, u hogar de jóvenes temporal, etc.

Temporeramente viviendo en hotel/motel, falta de alternativas de vivienda.

Está viviendo en un auto, parque, campamento, un edificio abandonado, u otro alojamiento inadecuado.

Jóvenes no acompañados (viviendo solo sin padre o tutor legal)

*** Comparte residencia con otra familia. Si es debido a la pérdida de hogar dificultad económica, o razón similar. Si No

***Forma JBC-8 puede ser necesaria para prueba de residencia (Junta Estatal de Educación artículo 160-5-1-28) Nombre del familiar/propietario: _____

No tiene donde pasar la noche

ENCUESTA DE OCUPACION DE PADRES

¿Se han mudado para trabajar en otra ciudad, condado, estado o país en los últimos 3 años? Sí No

Si su respuesta es "sí" ¿en qué fecha llegaron a la ciudad/pueblo donde viven actualmente? _____

¿Alguien en su familia trabaja o ha trabajado en una de las siguientes ocupación en forma permanente o temporal en los últimos 3 años? (Marque todos lo que aplique)

Agricultura (sembrando/ cosechando vegetales o frutas)

Lechería o ganadería

Pesca o criando pescado

Sembrando o cortando árboles/juntando paja de pino

Empacando/procesando de carne, pollo o mariscos

Procesado/empacando productos agrícolas

Otros (favor de especificar ocupación) _____

ENCUESTA DE SERVICIO MILITAR

¿Este Padre/guardián legal actualmente está trabajando en servicio militar de tiempo completo? Sí No

INFORMACION MEDICA

En el evento de que suceda una emergencia médica el Distrito transportara al estudiante a salas de emergencia para tratamientos. Padres o tutores legales tendrán que asumir la responsabilidad Por todos los gastos incurridos. Yo prefiero que mi hijo(a) sea transportado al Hospital _____ para tratamiento médico.

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Información de Contacto Adicional (#2): _____ Parentesco: _____

Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección (si es diferente a la del Padre/encargado #1): _____

Teléfono hogar #: _____ Celular #: _____ Teléfono del trabajo #: _____ ext. _____

Ocupación/Empleo: _____ Correo electrónico: _____

Padre/Guardián #2 está autorizado para recoger en caso de emergencia si persona matriculando al estudiante no esté disponible: Yes No

En caso de emergencia se autoriza a las personas indicadas para recoger al estudiante en caso de que la persona matriculando al estudiante no está disponible.

Nombre	Parentesco	Teléfono primordial	Celular

La siguiente persona /s NO ESTAN autorizadas de recoger al estudiante de la escuela: _____

Por Favor Note que esta n incluye personas que están bajo la autoridad de protección de niños y ordines judiciales que pudieran ser diferentes de sus preferencias.

Firma de Adulto Matriculando

Nombre de Adulto Matriculando en Letra de Molde

Fecha

*Un padre/tutor que se oponga a la incorporación del número de la seguridad social en los registros escolares de un niño puede tener la obligación de renunciar a firmar una declaración oponiéndose a la obligación (Forma JBC-6) (O.C.G.A. § 20-2-150)