

Verificar los documentos adjuntos

- ___ Certificado de vacunas de GA
- ___ Vista, Auditivo, Dental, y Nutrición
- ___ Acta de nacimiento/Verificación
- ___ Tarjeta de Seguro Social / Renuncia
- ___ Verificación de Vivienda
- ___ Declaración Jurada de Residencia
- ___ Pre-K ___ Financiada por el estado ___ Privada
- ___ Organización sin fines de lucro



GAINESVILLE CITY SCHOOLS

UN GAINESVILLE: Vamos a inspirar, nutrir, Motivar, y preparar nuestros estudiantes

Fecha de hoy: _____ Fecha de inicio: _____ Año escolar: _____ Escuela Asignada _____

<p>Nombre del estudiante 1</p> <hr/> <p>Apellido Primer Nombre Segundo Nombre</p> <p>Étnica Hispano – Si o No</p> <p>Raza – marque todas las que correspondan</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asia</p> <p><input type="checkbox"/> Negro/Africano American</p> <p><input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacifico</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p>	<p>Fecha de nacimiento</p> <hr/> <p>Genero</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Nivel de Grado</p> <p>_____</p> <p>SSN*</p> <p>_____</p>	<p>Escuela Asignada</p> <p>Ultima escuela que asistió _____</p> <p>Fecha de comienzo de noveno grado _____</p> <p>Ha asistido alguna escuela de GA</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Escuelas de la Ciudad de Gainesville</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Idioma</p> <p>Primer idioma que aprendió a hablar su hijo/a _____</p> <p>Idioma que se habla más en el hogar _____</p> <p>Idioma habla el estudiante con más frecuencia _____</p> <p>Edad que aprendió hablar el Ingles ____</p> <p>Lugar de Nacimiento _____</p> <p>Fecha que comenzó asistir las escuelas de US _____</p>	<p>Programas</p> <p>Dotado y Talentoso _____</p> <p>Educación Especial (IEP) _____</p> <p>Plan 504 _____</p> <p>Intervención Temprana (EIP) _____</p> <p>ESOL _____</p> <p>Habla _____</p>	<p>Medicamentos que necesita tomar durante el día escolar</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>Nombre de medicamentos: _____</p> <p>Condiciones Médicas especiales: _____</p> <p>Proveedor de asistencia médica: _____</p> <p>Número de teléfono _____</p>	<p>Transportación</p> <p><input type="checkbox"/> Transportación por auto A.M.</p> <p><input type="checkbox"/> Transportación por auto P.M</p> <p><input type="checkbox"/> Autobús escolar A.M.</p> <p><input type="checkbox"/> Autobús escolar P.M.</p> <p><input type="checkbox"/> Programa Extracurricular</p> <p><input type="checkbox"/> Guardería P.M.</p>
<p>Nombre del estudiante 2</p> <hr/> <p>Apellido Primer Nombre Segundo Nombre</p> <p>Étnica Hispano – Si o No</p> <p>Raza – marque todas las que correspondan</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asia</p> <p><input type="checkbox"/> Negro/Africano American</p> <p><input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacifico</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p>	<p>Fecha de nacimiento</p> <hr/> <p>Genero</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Nivel de Grado</p> <p>_____</p> <p>SSN*</p> <p>_____</p>	<p>Escuela Asignada</p> <p>Ultima escuela que asistió _____</p> <p>Fecha de comienzo de noveno grado _____</p> <p>Ha asistido alguna escuela de GA</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Escuelas de la Ciudad de Gainesville</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Idioma</p> <p>Primer idioma que aprendió a hablar su hijo/a _____</p> <p>Idioma que se habla más en el hogar _____</p> <p>Idioma habla el estudiante con más frecuencia _____</p> <p>Edad que aprendió hablar el Ingles ____</p> <p>Lugar de Nacimiento _____</p> <p>Fecha que comenzó asistir las escuelas de US _____</p>	<p>Programas</p> <p>Dotado y Talentoso _____</p> <p>Educación Especial (IEP) _____</p> <p>Plan 504 _____</p> <p>Intervención Temprana (EIP) _____</p> <p>ESOL _____</p> <p>Habla _____</p>	<p>Medicamentos que necesita tomar durante el día escolar</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>Nombre de medicamentos: _____</p> <p>Condiciones Médicas especiales: _____</p> <p>Proveedor de asistencia médica: _____</p> <p>Número de teléfono _____</p>	<p>Transportación</p> <p><input type="checkbox"/> Transportación por auto A.M.</p> <p><input type="checkbox"/> Transportación por auto P.M</p> <p><input type="checkbox"/> Autobús escolar A.M.</p> <p><input type="checkbox"/> Autobús escolar P.M.</p> <p><input type="checkbox"/> Programa Extracurricular</p> <p><input type="checkbox"/> Guardería P.M.</p>
<p>Nombre del estudiante 3</p> <hr/> <p>Apellido Primer Nombre Segundo Nombre</p> <p>Étnica Hispano – Si o No</p> <p>Raza – marque todas las que correspondan</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asia</p> <p><input type="checkbox"/> Negro/Africano American</p> <p><input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacifico</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p>	<p>Fecha de nacimiento</p> <hr/> <p>Genero</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Nivel de Grado</p> <p>_____</p> <p>SSN*</p> <p>_____</p>	<p>Escuela Asignada</p> <p>Ultima escuela que asistió _____</p> <p>Fecha de comienzo de noveno grado _____</p> <p>Ha asistido alguna escuela de GA</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Escuelas de la Ciudad de Gainesville</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Idioma</p> <p>Primer idioma que aprendió a hablar su hijo/a _____</p> <p>Idioma que se habla más en el hogar _____</p> <p>Idioma habla el estudiante con más frecuencia _____</p> <p>Edad que aprendió hablar el Ingles ____</p> <p>Lugar de Nacimiento _____</p> <p>Fecha que comenzó asistir las escuelas de US _____</p>	<p>Programas</p> <p>Dotado y Talentoso _____</p> <p>Educación Especial (IEP) _____</p> <p>Plan 504 _____</p> <p>Intervención Temprana (EIP) _____</p> <p>ESOL _____</p> <p>Habla _____</p>	<p>Medicamentos que necesita tomar durante el día escolar</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>Nombre de medicamentos: _____</p> <p>Condiciones Médicas especiales: _____</p> <p>Proveedor de asistencia médica: _____</p> <p>Número de teléfono _____</p>	<p>Transportación</p> <p><input type="checkbox"/> Transportación por auto A.M.</p> <p><input type="checkbox"/> Transportación por auto P.M</p> <p><input type="checkbox"/> Autobús escolar A.M.</p> <p><input type="checkbox"/> Autobús escolar P.M.</p> <p><input type="checkbox"/> Programa Extracurricular</p> <p><input type="checkbox"/> Guardería P.M.</p>
<p>Nombre del estudiante 4</p> <hr/> <p>Apellido Primer Nombre Segundo Nombre</p> <p>Étnica Hispano – Si o No</p> <p>Raza – marque todas las que correspondan</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asia</p> <p><input type="checkbox"/> Negro/Africano American</p> <p><input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacifico</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p>	<p>Fecha de nacimiento</p> <hr/> <p>Genero</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Nivel de Grado</p> <p>_____</p> <p>SSN*</p> <p>_____</p>	<p>Escuela Asignada</p> <p>Ultima escuela que asistió _____</p> <p>Fecha de comienzo de noveno grado _____</p> <p>Ha asistido alguna escuela de GA</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Escuelas de la Ciudad de Gainesville</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Idioma</p> <p>Primer idioma que aprendió a hablar su hijo/a _____</p> <p>Idioma que se habla más en el hogar _____</p> <p>Idioma habla el estudiante con más frecuencia _____</p> <p>Edad que aprendió hablar el Ingles ____</p> <p>Lugar de Nacimiento _____</p> <p>Fecha que comenzó asistir las escuelas de US _____</p>	<p>Programas</p> <p>Dotado y Talentoso _____</p> <p>Educación Especial (IEP) _____</p> <p>Plan 504 _____</p> <p>Intervención Temprana (EIP) _____</p> <p>ESOL _____</p> <p>Habla _____</p>	<p>Medicamentos que necesita tomar durante el día escolar</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>Nombre de medicamentos: _____</p> <p>Condiciones Médicas especiales: _____</p> <p>Proveedor de asistencia médica: _____</p> <p>Número de teléfono _____</p>	<p>Transportación</p> <p><input type="checkbox"/> Transportación por auto A.M.</p> <p><input type="checkbox"/> Transportación por auto P.M</p> <p><input type="checkbox"/> Autobús escolar A.M.</p> <p><input type="checkbox"/> Autobús escolar P.M.</p> <p><input type="checkbox"/> Programa Extracurricular</p> <p><input type="checkbox"/> Guardería P.M.</p>

*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)

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 Primer 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)

Estado Civil: Casado Separado Divorciado Soltero Primer idioma del adulto matriculando? _____

Dirección de Propiedad

Dirección de correo

Calle Apt# Calle Apt# Número de Teléfono #: _____
Ciudad Código Postal Ciudad Código Postal Número de Celular# _____

Ocupación/Empleo: _____ Correo Electrónico: _____ Numero de Trabajo #: _____ ext. _____

Usted: Tiene casa propia renta O ***comparte una residencia con otra familia Si usted comparte una residencia con otra familia, Nombre del familiar/Nombre del propietario: _____
***Forma JBC-8 puede ser necesaria para prueba de residencia (Junta Estatal de Educación artículo 160-5-1-.28)

McKENNEY-VENTO ALUMNO/ENCUESTA DE FAMILIA MATRICULANDO

Donde está usted y su familia actualmente viviendo?

- Si Renta o es dueño de casa propia **NO** es necesita completar esta sección.
- Compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de hogar, dificultad económica, o una razón similar.
- Está alojado en un hogar de refugio (Familiar de violencia doméstica, u hogar de jóvenes temporal, ect.
- Está viviendo en un auto, parque, campamento, un edificio abandonado, u otro alojamiento inadecuado.
- Está viviendo temporalmente en motel/hotel, parque de caravanas, campamento debido a dificultades económicas o la falta de vivienda alternativos
- Esperando por hogar de crianza.
- Jóvenes no acompañados, que viven solos sin un padre/tutor legal.
- No sabe dónde pasar la noche.

PARENT OCCUPATION SURVEY

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 arboles/juntando paja de pino
- Empacando/procesando de carne, pollo o mariscos
- Procesado/empacando productos agrícolas
- Otra actividad (Por favor especifique en que) _____

ENCUESTA DE SERVICIO MILITAR

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

INFORMACION DE SALUD 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 de cargos que pudieran incurrir. Prefiero que mi Hijo/a sea transportada al Hospital _____ para tratamientos médicos.

INFORMACION DE CONTACTO ADICIONAL

Nombre de Padre/Guardián (#2): _____ Parentesco al estudiante: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección (si es diferente al Padre/Guardián #1): _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

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

Ocupación/Empleo: _____ Correo Electrónico: _____

Padre/Guardián #2 está autorizado para recoger el estudiante de la escuela y podremos comunicarnos con él/ella en caso de emergencia si persona matriculando al estudiante no esté disponible: Sí 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	Cellular
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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 Padre/Guardián que está matriculando Escriba a molde nombre de padre/Guardián que está matriculando Fecha