



Green Bay Area
Public School District

Green Bay Area Public School District

Devolver esta solicitud a cualquier Escuela Pública de Green Bay o a la oficina de Registro Central, 200 S. Broadway, Green Bay, WI 54303.

School: _____

Student ID: _____

Grade: _____ 4K: AM PM

Start Date: ____/____/____

ESTUDIANTE

Nombre completo legal del alumno: _____
(A como aparece en la acta de nacimiento) Apellidos Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: Masculino/Femenino Fecha de ingreso en escuela
Mes Día Año (circule uno) en EE.UU: ____/____/____

Lugar de nacimiento: _____ (Ciudad, Estado) _____ (País)

Grupo étnico: (por favor seleccione uno) Hispano/Latino No-Hispano/Latino

Raza: (seleccione todos los que aplican) Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Blanco
(debe de seleccionar por lo menos uno) Hawaiano Nativo /Otro Islas Pacificas Negro/Africano Americano

Idioma(s) hablado en el hogar Idioma(s) que el alumno habló primero Idioma(s) que el alumno al momento habla

HOGAR

Información del Hogar del alumno:

Dirección del alumno: _____ Teléfono principal: (____) _____
Apto. o Lote

Fecha que se mudó a este domicilio: ____/____/____
Ciudad Estado Cod. postal

El estudiante vive con (circule uno): Madre Padre Ambos Padres Otro:

➤ ¿Hay una orden de custodia que afecta a este alumno? Sí No Si, sí favor de proveer la copia más reciente de este formulario.

➤ Si es elegible para el transporte, ¿Utilizará usted estos servicios? Sí No

Para estudiantes que decidan elegir su propia escuela no se le proporcionará la transportación.

PADRES/APODERADOS LEGALES
DOMICILIO PRINCIPAL

Nombre: _____ Relación a alumno: _____ ¿Custodia legal? Sí No

Domicilio(si es diferente al del alumno): _____ Fecha de nacimiento de padre:

Ciudad, Estado, Cód. postal : _____ ____/____/____

¿Tiene acceso a internet? Sí No E-mail: _____

Empleador: _____ Nivel de educación más alto terminado: _____

Telefónico: Celular (____) _____ Otro (____) _____ Trabajo (____) _____

Raza/ Etnicidad: Indio Americano / Nativo de Alaska Nativo de Hawaiano /Otras Islas Pacificas
(seleccione todos los que aplique) Asiático Blanco Negro/Afro Americano Hispano/Latino

Lenguaje preferido: (seleccione todos los que apliquen) Inglés Español Hmong Somalí Otro _____

Idioma Verbal Preferido: (seleccione uno) Inglés Español Hmong Somalí Otro _____

Tipo de factura de la cuenta: (Seleccione su preferencia) Copia electrónica Copia electrónica

ES/APODERADOS LEGALES
DOMICILIO SECUNDARIO

Nombre: _____ Relación a alumno: _____ ¿Custodia legal? Sí No

Domicilio(si es diferente al del alumno): _____ Fecha de nacimiento de padre:

Ciudad, Estado, Cód. postal: _____ ____/____/____

¿Tiene acceso a internet? sí No E-mail: _____

Empleador: _____ Nivel de educación más alto terminado: _____

Telefónico: Celular (____) _____ Otro (____) _____ Trabajo (____) _____

Raza/ Etnicidad: Indio Americano / Nativo de Alaska Nativo de Hawaiano /Otras Islas Pacificas
(seleccione todos los que aplique) Asiático Blanco Negro/Afro Americano Hispano/Latino

Lenguaje preferido: (seleccione todos los que apliquen) Inglés Español Hmong Somalí Otro _____

Idioma Verbal Preferido: (seleccione uno) Inglés Español Hmong Somalí Otro _____

Tipo de factura de la cuenta: (Seleccione su preferencia) Copia electrónica Copia electrónica

Estudiante: _____

Haga una lista de otros miembros de la familia inmediata que viven en este domicilio:

FAMILIA

Nombre	Fecha de nac.	Relación al alumno	Escuela que asiste (si es aplicable)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

EMERGENCIA

Contactos de emergencia: (alguien que pueda recoger a su niño/a en su ausencia- deben ser por lo menos de 18 años)

Nombre Completo Legal	Número de Teléfono / tipo de teléfono	Relación con el niño/a
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ÚLTIMA ESCUELA

Última escuela (o distrito escolar) que este alumno asistió: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad, Estado, Cód. postal: _____ Fax: _____

¿Ha recibido este estudiante servicios del Programa de Inglés Como Segundo Idioma? Sí No

Si, sí, ¿cuál escuela?: _____

¿Recibe actualmente este niño/a servicios de educación especial? Sí No

Si, sí, ¿cuál programa?: _____

¿Ha sido expulsado este estudiante de una escuela? Sí No Si, sí, ¿qué año y cuál escuela?: _____

MÉDICO

Condiciones Médica/ Alergias / Preocupaciones: _____

¿Toma este estudiante algún medicamento? Sí No *Si, sí, nombrarlas: _____

Nombre de médico: _____ Dirección: _____ #teléfono: _____

* Si el medicamento deberá ser dado en la escuela, favor de llenar el formulario "Autorización del Médico para Medicamentos" y "Autorización de los Padres para dar el Medicamento".

* Si el niño/a tiene alergias de alimentos, favor de llenar el formulario "Modificaciones de Alimentos".

TRABAJO

Si usted se ha mudado recientemente a Green Bay en busca de empleo, usted pudiese calificar para servicios adicionales ¿Se ha mudado recientemente al área en busca de empleo? Sí No

¿Es el trabajo temporario o estacional? Sí No

Como padre de familia/apoderado legal de este niño/a, certifico que toda la información en este formulario es verdadera de acuerdo a mi conocimiento. También puede que se me pida proporcionar verificación de domicilio, documento legal del nacimiento y expediente de las vacunas.

Firma de los Padres de familia/Apoderado Legal: _____ **Fecha:** _____

For Office Use Only:

Verified Address: **Yes/ No** Document used: _____ Verified by (Initials): _____

Birth Certificate Verification: **Yes/ No** Document #: _____ Verified by (Initials): _____

Does student live within the GBAPS boundaries: **Yes/ No** Attendance Area School _____

Immunization record received: **Yes/ No** Additional Head Start application completed: **Yes/ No**

Has this student ever been enrolled in the GBAPS prior to this enrollment? Yes No Completion Date: _____