



Escuelas Públicas del Área de Green Bay

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: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Start Date:	____/____/____

ESTUDIANTE

Nombre Completo Legal del alumno: _____
(Como aparece en el Acta de Nacimiento) Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Género: Masculino/Femenino Primer Día de ingreso a las escuelas en Estados Unidos: ____/____/____
 Mes Día Año (circule uno)
 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) que se habla en el hogar _____ Idioma que el alumno habló primero _____ Idioma(s) que el alumno actualmente habla _____

HOGAR

Información del Hogar del alumno:
 Dirección del alumno _____ # de Apartamento o Lote _____ Teléfono Principal: (____) _____
 _____ Fecha que se mudó a esta dirección: ____/____/____
 Ciudad Estado Código Postal
 El estudiante vive con (circule uno): Madre Padre Ambos Padres Otro: _____
 ➤ **¿Hay un orden de custodia que afecta a este niño(a)?** Sí No *Si, sí, favor de adjuntar una copia más reciente a 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 proporciona el transporte.

PADRES/APODERADO LEGAL #1
DOMICILIO PRINCIPAL

Nombre: _____ Relación con el niño/a: _____ Es apoderado Legal Sí No
 Dirección (si es diferente al del estudiante): _____ Fecha de Nacimiento de los Padres: _____
 Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 ¿Tiene usted acceso al Internet? Sí No Correo electrónico: _____
 Lugar de empleo: _____
 Números Telefónicos: Celular (____) _____ Otro (____) _____ Trabajo (____) _____
 Raza: (seleccione todos los que aplican) Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Blanco Hispano/Latino
 Hawaiano Nativo /Otro Islas Pacificas Negro/Africano Americano
 Idioma Preferido: (seleccione todos los que aplican) Inglés Español Hmong Somali Otro _____
 El nivel de educación más alto terminado: _____

PADRES/APODERADO LEGAL #2
DOMICILIO SECUNDARIO

Nombre: _____ Relación con el niño/a: _____ Es apoderado Legal Sí No
 Dirección (si es diferente al del estudiante): _____ Fecha de Nacimiento de los Padres: _____
 Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 ¿Tiene usted acceso al Internet? Sí No Correo electrónico: _____
 Lugar de empleo: _____
 Números Telefónicos: Celular (____) _____ Otro (____) _____ Trabajo (____) _____
 Raza: (seleccione todos los que aplican) Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Blanco Hispano/Latino
 Hawaiano Nativo /Otro Islas Pacificas Negro/Africano Americano
 Idioma Preferido: (seleccionar todos los que apliquen) Inglés Español Hmong Somali Otro _____
 El nivel de educación más alto terminado: _____

Estudiante: _____

FAMILIA

Haga una lista de los miembros de familia inmediata que también viven en esta dirección:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el niño/a	Escuela que asisten (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) al que este niño/a asistió: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Fax: _____

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

Si, sí, ¿cuál escuela?: _____

¿ Recibe actualmente este niño 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 escuela?: _____

MEDICO

Condiciones médicas / Alergias / Preocupaciones: _____

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

Nombre del Doctor: _____ Dirección: _____ # de 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 "Substitución 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, verifico que toda la información en este formulario es verdadera de acuerdo a mi conocimiento. También puede que seme 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: _____