



# Green Bay Area Public School District

Return this to any Green Bay School or to the Central Registration Office, 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 la acta de nacimiento)** Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genero: Masculino / Femenino Fecha de ingreso a las escuelas  
Mes Dia Ano (circule uno) en EE.UU: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ (Ciudad,Estado) \_\_\_\_\_ (Pais)

Grupo Etnico: (Por favor seleccione uno)  Hispano/Latino  No-Hispano/Latino

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

HOGAR

Información del Hogar del alumno:

Direccion del alumno: \_\_\_\_\_ Telefono Principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
# Apto. O Lote

Ciudad Estado Cod. Postal Fecha que se mudó a este domicilio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

El estudiante vive con:  Ambos Padres  Madre  Padre  Colocación fuera del hogar  Otro: \_\_\_\_\_

➤ ¿Hay una orden legal que afecta a este alumno?  Si  No Si, si, favor de adjuntar la copia mas reciente a este formulario

➤ Si es elegible para el transporte ¿utilizara estos servicios?  Si  No  
(Para estudiantes que elijan su propia escuela no se le proporcionará la transportación a menos que lo requiera la ley)

PADRES/APODERADOS LEGALES DOMICILIO PRINCIPAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación a alumno: \_\_\_\_\_ ¿Apoderado legal?  Si  No

Domicilio (Si es diferente al del alumno): \_\_\_\_\_ Fé. De nac. De padre: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Cód. Postal: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Tiene acceso a Internet?  Si  No Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Nivel de educación más alto terminado: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico: Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Raza/Etnicidad:  Indio Americano/Nativo de Alaska  Hawaiano Nativo /Otras Islas Pacificas  
(Seleccione todos los que aplican)  Asiático  Blanco  Negro/Afroamericano  Hispano/Latino

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

PADRES/APODERADOS LEGALES DOMICILIO SECUNDARIO

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al alumno: \_\_\_\_\_ ¿Apoderado legal?  Si  No

Domicilio (Si es diferente al del alumno): \_\_\_\_\_ Fé. De nac. De padre: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Cód. Postal : \_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Tiene acceso a Internet?  Si  No Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Nivel de educación más alto terminado: \_\_\_\_\_

Numero telefonico: Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Raza/Etnicidad:  Indio Americano/Nativo de Alaska  Hawaiano Nativo/Otras Islas Pacificas  
(seleccione todos los que aplican)  Asiatico  Blanco  Negro/ Afroamericano  Hispano/Latino

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

DOMICILIO PRINCIPAL

Alumno: \_\_\_\_\_

Haga una lista de otros miembros de su domicilio **principal** que vivan en este domicilio:

Nombre	Fecha de Nac.	Relación al alumno	Escuela que asiste (Si es aplicable)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

EMERGENCIA

**Contactos de Emergencia:** (Alguien que pueda recoger a su hijo/a en su ausencia-debe tener al menos 18 años de edad)

Nombre legal completo	Número de teléfono/tipo de teléfono	Relación al alumno
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ESCUELA PREVIA

**Última escuela** (o distrito escolar) a la que asistió este alumno: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tefefono: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

Si, sí, ¿de cuál escuela?: \_\_\_\_\_

¿Recibe actualmente este alumno servicios de educación especial?  Sí  No

Sí, sí, ¿cuál programa?: \_\_\_\_\_

¿Ha sido expulsado este alumno de la escuela?  Si  No Si, si, ¿qué año y que escuela: \_\_\_\_\_

MÉDICO

**Condiciones Médicas / Alergias / Preocupaciones:** \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento el alumno?  Si  No \*Si, si, nombrarlas: \_\_\_\_\_

Nombre del 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 alumno tiene alergias alimenticias favor de completar el formulario de "Modificación de la dieta"*

EMPLEO

Si usted se ha mudado recientemente al área de 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 temporal o estacional el trabajo?  Si  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**

HLS: **Attached/in IC** Previously enrolled in GBAPS: **Yes/ No** Completion Date: \_\_\_\_\_