

Office Use Only
 Enrollment Date: _____
 Records Requested Date: _____
 Birth Certificate Verification Date: _____

**Tarjeta de emergencia / inscripción nueva
 Distrito escolar Fox Point-Bayside**

INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMNO

Apellido del alumno: (Como figura en el certificado de nacimiento)		Nombre del alumno: (Como figura en el certificado de nacimiento)		Segundo nombre del alumno:	
Grado:		Sexo: M F	Fecha de nacimiento:		
Ciudad de nacimiento:	Estado de nacimiento:	País de nacimiento:		Condado de nacimiento:	
Etnicidad					
1. ¿El menor es hispano o latino? (elija sólo uno) <input type="checkbox"/> No, ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Sí, hispano o latino					
2. Este menor es: (Elija uno o más. Debe elegir al menos uno)					
<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Blanco	
<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico			

INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES/TUTORES

Familia 1 (PRIMARIA) Donde reside el menor

Dirección particular:				Ciudad	Estado	Código postal
Nombre (Contacto principal):			Nombre (Secundario) :			
Marque uno: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro			Marque uno: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro			
Correo electrónico:			Correo electrónico:			
Teléfono principal (Todas las llamadas automáticas se dirigirán a este número):					<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Teléfono secundario:			Teléfono secundario:			
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
Tercer teléfono:			Tercer teléfono:			
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
Empleador:			Empleador:			

Familia 2

Dirección particular:				Ciudad	Estado	Código postal
Nombre:			Nombre:			
Marque uno: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro			Marque uno: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro			
Teléfono particular:			Teléfono particular:			
Correo electrónico:			Correo electrónico:			
Teléfono laboral:			Teléfono laboral:			
Teléfono celular:			Teléfono celular:			
Empleador:			Empleador:			

INFORMACIÓN SOBRE LA CUSTODIA

El alumno reside en: Residencia primaria Residencia secundaria Colocación conjunta Otro (Explicar) _____

¿Quién tiene la custodia legal del alumno?

Madre y padre Solo madre Solo padre Conjunta Otro _____

INFORMACIÓN SOBRE LOS HERMANOS

Nombre	Apellido	Género	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela (si asiste)

ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ (para los alumnos que ingresan a kindergarten, sírvase indicar toda escuela preescolar a la que asistió)

Nombre de la escuela:			Último grado finalizado:		
Dirección:		Ciudad/Estado	Código postal:	Teléfono:	
Año en que el niño comenzó con la escolarización en los EE.UU.:		¿Su hijo ha sido expulsado de un distrito escolar anterior? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

¿Su hijo está participando en la actualidad en cualquiera de los siguientes programas?

Inglés como segunda lengua <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Dotados y talentosos <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Plan de adaptación 504 <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Su hijo primero aprendió a hablar un idioma distinto al inglés y/o residió en una vivienda en la que se habla un idioma distinto al inglés? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si respondió que Sí, ¿qué idioma?		

La siguiente información se usará como parte del proceso de selección exigido por PI 11.02(2)(b) para identificar a los alumnos que requieren, o probablemente requieran, servicios de educación especial. ¿Su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones?

¿Su hijo tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP, Individualized Education Program) en la escuela anterior? SÍ NO

Discapacidad de aprendizaje específica (SLD, Specific Learning Disability)	SÍ	NO	Autismo (A)	SÍ	NO
Trastorno del comportamiento emocional (EBD, Emotional Behavior Disability)	SÍ	NO	Discapacidad intelectual / Otra discapacidad de desarrollo	SÍ	NO
Dificultades de habla y lenguaje	SÍ	NO	Dificultad ortopédica (OI, Orthopedic Impairment)	SÍ	NO
Lesión cerebral traumática (TBI, Traumatic Brain Injury):	SÍ	NO	Otra dificultad médica (OHI, Other Health Impairment)	SÍ	NO
Dificultades visuales (VI, Visual Impairment)	SÍ	NO	Demora significativa del desarrollo (SDD, Significant Developmental Delay)	SÍ	NO
Dificultad auditiva (HI, Hearing Impairment)	SÍ	NO	Otro, indicar:		

¿Su hijo alguna vez ha sido evaluado o ha sido colocado en un programa para necesidades de educación especial? (Esto incluye servicios de infancia temprana antes de comenzar kindergarten) De ser así, describa:		SÍ	NO
¿Tiene hijos más pequeños (edades de 0 a 5) que puedan calificar para programas especiales o excepcionales? Si la respuesta es "SÍ", indíquelos abajo.		SÍ	NO
Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	

INFORMACIÓN PARA CASOS DE EMERGENCIA

Nombre(s) de la(s) persona(s) a las que se debe llamar cuando no se pueden comunicar con los padres

Nombre	Relación	Casa	Trabajo	Celular

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del médico:	Teléfono del médico:	Dentista:	Teléfono del dentista:
Inquietudes de salud significativas:			
Alergias conocidas (especificar):			
¿Su hijo requerirá tomar medicamentos recetados/de venta libre en la escuela? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es SÍ, pida el formulario correcto en la oficina.			
Si, según la opinión de las autoridades escolares, se requiere un tratamiento de urgencia, autorizo a mi hijo a ser transportado en ambulancia al hospital para que lo traten. Entiendo que el proveedor contactado de la ambulancia se reserva el derecho de transportar al paciente al hospital más cercano que elija para la atención definitiva, si lo considera necesario.			
Autorizo por el presente a el/los médico/s del hospital a proporcionar tratamiento de urgencia a mi hijo. Según mi leal saber y entender, la información precedente es correcta y está actualizada.			
Firma del padre/tutor: _____		Fecha: _____	

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

Se requieren tres documentos: Al menos uno de la Columna A y dos de la Columna B. NOTA: Una licencia de conducir y una cuenta de teléfono celular no se aceptan como prueba de residencia.	
COLUMNA A: (Al menos uno de los siguientes)	COLUMNA B: (Dos de los siguientes)
<ol style="list-style-type: none"> Notificación de impuesto inmobiliario Declaración de cierre de compra de la casa Contrato de alquiler o compra de la propiedad dentro de los límites del distrito 	<ol style="list-style-type: none"> Factura de servicios públicos del mes actual (agua, gas/electricidad únicamente) Certificado de registro vehicular Declaración de seguro médico o automotriz

- a. El alquiler debe incluir el nombre del complejo de departamentos y el teléfono del propietario
- b. Los padres o alumnos que reclaman residencia en cualquier propiedad de alquiler deben proporcionar un contrato de alquiler firmado que indique a ambos como ocupantes

4. W-2, SSI, Medicaid, BadgerCare u otra declaración de beneficios federales, estatales o del condado
5. Notificación de renovación de la patente del automóvil
6. Notificación de renovación de la licencia de conducir
7. Otro, según lo aprobado por el Distrito en circunstancias extenuantes

Wisconsin State Statute 121.77 exige que los alumnos asistan a la escuela en su distrito de residencia y que un distrito escolar cobre matrícula a los alumnos no residentes. El distrito investiga y verifica la residencia. Las partes responsables que firman este certificado serán responsables de pagar la matrícula más todo gasto educativo adicional u otro, si se determina que el/los alumno/s no son residentes del distrito.

Como padre/tutor, afirmo por el presente que en la actualidad residimos en este distrito o que hemos presentado los papeles necesarios para asistir a la escuela en este distrito. La información proporcionada en este formulario es correcta.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Este distrito no discrimina por razones de género, raza, nacionalidad, edad, origen ancestral, credo, embarazo, estado civil o de los padres, orientación sexual o discapacidad física, mental, emocional o de aprendizaje u otra dificultad u otras razones prohibidas por la ley estatal o federal.