



**Distrito Escolar del Condado de Lee
MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE**

Esta sección es para el uso de la oficina solamente.

STUDENT #: _____ SCHOOL NAME: _____

ENROLLMENT CODE _____ ENROLLMENT DATE: ____/____/____ ALTERNATE SCHOOL _____

NEW ENROLLMENT TRANSFER FROM SCHOOL _____ RE-ENROLLMENT TO LEE COUNTY

PRIOR SCHOOL DISTRICT _____ PRIOR STATE _____ PRIOR COUNTRY _____ Yrs Intrap _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO:

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

APODO _____ GRADO PARA EL CUÁL ESTÁ SOLICITANDO ENTRADA: ____ AÑO LECTIVO. 20__20__

¿Asistió anteriormente a una escuela de la Florida? ¿Asistió anteriormente a una escuela en el Condado de Lee? ¿Primera vez en una escuela en los EE.UU.?

# SEGURO SOCIAL DEL ESTUDIANTE	SEXO	¿CUÁL ES EL ORIGEN ÉTNICO DEL ESTUDIANTE?	Cuál es la raza del estudiante? (Marque una o mas para indicar lo que es apropiado para el estudiante)
	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		

Fecha de Nacimiento (M ____/ (D) ____/ (A) ____) Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Esta _____ País _____

Educación Especial/IEP Activo SI NO Gifted SI NO Actual 504 SI NO

Expulsado de escuela previa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha _____ Escuela _____ Arresto Resultando en Cargos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Acción de Justicia Juvenil <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Servicios de salud mental anteriores <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alergias que amenazan la vida <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Explique _____ Condición Médica con Cuidados Especiales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Explique _____
---	--

DIRECCIÓN DÓNDE VIVE EL ESTUDIANTE	DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)
CALLE	CALLE
CIUDAD/ESTADO	CIUDAD/ESTADO
CODIGO POSTAL	CÓDIGO POSTAL

TELEFONO TELEFONO DE EMERGENCIA

El estudiante vive con: Ambos padres naturales Padre Madre Guardián Legal Otro

INFORMACION SOBRE: Padre Guardián Otro _____ Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ Tel. Trabajo: _____ Ocupación _____ Dirección electrónica (E-Mail) _____	INFORMACION SOBRE: Padre Guardián Otro _____ Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ Tel. Trabajo: _____ Ocupación _____ Dirección electrónica (E-Mail) _____
---	---

¿Se usa en la casa u hogar un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es el otro idioma? _____	¿Tuvo el estudiante una lengua materna distinta del inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es el otro idioma? _____	¿Habla el estudiante con mayor frecuencia un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es el otro idioma? _____	¿Ha asistido su hijo a escuelas en los Estados Unidos por menos de 3 años completos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es que sí, ¿fecha de entrada a las escuelas en Estados Unidos? _____
--	--	---	--

¿EN QUE IDIOMA PREFIERE QUE NOS COMUNIQUEMOS CON USTED POR ESCRITO O POR TELÉFONO? INGLÉS ESPAÑOL CRIOLLO

¿Es algún padre miembro actual o antiguo miembro del ejército de los EE. UU. ? SI NO

NOMBRE DE LA ULTIMA ESCUELA QUE ASISTIO			<input type="checkbox"/> PUBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> ESCUELA ALTERNATIVA <input type="checkbox"/> ESCUELA EN CASA <input type="checkbox"/> ESCUELA CHARTER	Se ha mudado usted recientemente por el trabajo en agricultura o por la industria de la pesca? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CIUDAD	ESTADO	CONDADO		
CODIGO POSTAL	PAIS			

FIRMA DEL PADRE _____

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE _____

FECHA _____