

<i>FOR OFFICE USE ONLY</i>			
Student ID #:	_____		
___ Ext. Day	___ SUM	___ ALC Day School	___ Guided Studies

**FORMULARIO DE MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE**

**NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_

SI SE CONOCE CON OTRO NOMBRE QUE NO SEA EL LEGAL, INDIQUE EL NOMBRE AQUÍ: \_\_\_\_\_

¿ESTÁ EL ESTUDIANTE ACTUALMENTE MATRICULADO EN EL DISTRITO No. 831? \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

DISTRITO: \_\_\_\_\_

GRADO ACTUAL: \_\_\_\_\_ ESCUELA ACTUAL: \_\_\_\_\_ ESTADO DE EDUC. ESP. \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO (MARQUE UNO CON UN CÍRCULO): FEMENINO MASCULINO

DIRECCIÓN DE LA CALLE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ CONDADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE LA CASA: ( ) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR): \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL TRABAJO DEL PADRE: ( ) \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO DE LA MADRE: ( ) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

TELÉFONO CELULAR DEL PADRE: ( ) \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR DE LA MADRE: ( ) \_\_\_\_\_

**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA - ESTA PERSONA DEBE SER ALGUIEN QUE PUEDA RECOGER A SU HIJO EN CASO DE UNA ENFERMEDAD O EMERGENCIA, SI NO PODEMOS COMUNICARNOS CON UN PADRE O TUTOR**

1<sup>er</sup> NOMBRE DE CONTACTO DE EMER.: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMER.: \_\_\_\_\_

2<sup>do</sup> NOMBRE DE CONTACTO DE EMER.: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMER.: \_\_\_\_\_

**LE DOY PERMISO A MI HIJO PARA ASISTIR. MI FIRMA INDICA MI APROBACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIANTE CONTINUO DE MI HIJO QUE SE DETALLA AL DORSO DE ESTE FORMULARIO.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**COMO ESTUDIANTE, ESTOY DE ACUERDO CON SEGUIR LAS EXPECTATIVAS Y LAS PAUTAS QUE SE DEFINEN EN EL CÓDIGO DE CONDUCTA DEL ESTUDIANTE.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE**

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD: Indique cualesquiera condiciones de salud (diabetes, alergia a picaduras de abejas, asma, alergias a alimentos, salud mental, etc.)

\_\_\_\_\_

¿REQUIERE SU HIJO MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Student Enrollment Form - Spanish

**PLAN DE ESTUDIANTE CONTINUO  
ESCUELA SECUNDARIA/ ESCUELA INTERMEDIA**

**Estado actual/Elegibilidad: Marque todos los que correspondan:**

retrasado en crédito    retrasado en logros del nivel de grado    evaluado como dependiente de sustancias químicas  
 padre adolescente/embarazada    necesidades mentales/emocionales    historial de haber sido abusado

Matrícula:

Marque uno:    Programa de Escuela de Día    Estudios Guiados    Programa de Día Extendido  
 Programa de Escuela de Verano

META	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
<b>Académica</b> <i>Marque uno con un círculo</i> Obtener créditos necesarios para promoción de grado o graduación Tener éxito en el ambiente académico Mejorar las destrezas académicas básicas Otro:	Participación apropiada en el programa Asistencia diaria Demostrar un comportamiento apropiado Completar el trabajo académico necesario Otro:	Clases terminadas con éxito Otro:
<b>Carrera</b> Continuar educación secundaria a nivel de post-secundaria o ambiente de trabajo Otro:	Exploración de opciones de educación/capacitación postsecundaria. Inventario para la carrera Otro:	Transición apropiada al próximo grado/ ambiente postsecundario Otro:
<b>Personal</b> Demostrar responsabilidad y control de sí mismo Otro:	Participación apropiada en el programa Asistencia y terminación del trabajo Otro:	Completar el programa con éxito Otro:

**Comentarios:**

**PLAN DE ESTUDIANTE CONTINUO  
SERVICIOS DE PRIMARIA/DIRIGIDOS**

MARQUE UNO:    Día Extendido    Escuela de Verano

META	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
<b>Académica</b> <i>(Marque uno con un círculo)</i> Mejorar las destrezas académicas básicas Mejorar el desempeño en el salón de clases Destrezas de estudio y organización Otro:	Instrucción en grupo pequeño/individual Instrucción en grupo pequeño/individual Instrucción en grupo pequeño/individual y modelo de compañeros Otro:	Evaluación de rúbrica Observación del maestro/evaluaciones del salón de clases y el estado Observación del maestro Otro:
<b>Social/Emocional/de Comportamiento</b> <i>(Marque uno con un círculo)</i> Mejorar las destrezas de comunicación Hacer/Mejorar amistades Otro:	<i>Modelo del maestro/desempeñar papeles/instrucción</i> Observación del maestro Modelo del maestro/desempeñar papeles/instrucción Otro:	<i>Observación del maestro</i> Otro:

**Comentarios:**