

Enrollment Date	Student ID#	School Name	Bus #
Enrollment Code	Teacher Name	School #	Walker

FCPS FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE FREDERICK

LAS LEYES DE MARYLAND EXIGEN LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS ANTES DE QUE UN ESTUDIANTE PUEDA ASISTIR O INSCRIBIRSE EN LA ESCUELA

Si le falta alguna de la información a continuación, comuníquese con el secretario(a).

- Prueba de fecha de nacimiento** Certificado de nacimiento, certificado médico, certificado de la iglesia, pasaporte, visa, certificado de hospital, declaración jurada de madre o padre
- Prueba de residencia** Contrato de arrendamiento firmado, facturas de servicios públicos (electricidad, agua, gas), NO SE ACEPTAN las facturas de teléfono o cable.
- Prueba de vacunas**

Nombre legal del estudiante: _____
Nombre Segundo nombre COMPLETO Apellido Género Fecha de nacimiento

Número de teléfono de casa: _____ Grado: _____

Nombre o apodo preferido de estudiante (opcional): _____

PRUEBA DE FECHA DE NACIMIENTO (Marque una. La escuela conservará una copia.)

- Certificado de nacimiento Certificado médico Certificado de la iglesia Pasaporte/Visa Certificado de hospital
- Declaración jurada de madre o padre Otro (especifique) _____

RAZA (marque todas las que apliquen): Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Afroamericano Blanco

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

ETNICIDAD: ¿Es el estudiante hispano o latino? Sí No País de nacimiento del estudiante: _____

¿Qué idioma(s) aprendió a hablar primero el estudiante? _____

¿Qué idioma utiliza con más frecuencia el estudiante para comunicarse? _____

¿Qué idioma(s) se habla(n) en casa? _____

DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE: Incluya la dirección residencial con apartados postales (PO Boxes)

Número de casa/ Nombre de calle/ Número de Apartamento / PO Box Ciudad/ Estado/ Código postal

TIPO DE VIVIENDA: Apartamento/Condo Townhouse/Duplex Casa

¿Se encuentra esta dirección fuera del distrito? Sí No Si contesta sí, la escuela remitirá a PPW

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE PADRE/MADRE/TUTOR Escriba un tutor en cada área. Escriba el **CONTACTO PRINCIPAL PRIMERO.**

Nombre legal de padre/madre/tutor: _____ **Relación con el estudiante:** _____

Dirección (si es distinta a la del estudiante): _____
Número de casa/ Nombre de calle/ Número de Apartamento / PO Box Ciudad/ Estado/ Código postal

Números de teléfono: (celular) _____ (casa) _____ (trabajo) _____

Correo electrónico: _____

Nombre legal de padre/madre/tutor: _____ **Relación con el estudiante:** _____

Dirección (si es distinta a la del estudiante): _____
Número de casa/ Nombre de calle/ Número de Apartamento / PO Box Ciudad/ Estado/ Código postal

Números de teléfono: (celular) _____ (casa) _____ (trabajo) _____

Correo electrónico: _____

¿Existe un fallo judicial relacionado con la custodia? Sí** No No aplica ¿Existe un fallo de "NO CONTACTO"? Sí** No

Tipo de prueba de la custodia y / o tutela, por ejemplo, documentos de la corte o jurídicas: _____

**FCPS debe tener una copia de cualquier fallo judicial relacionado con la custodia o de NO CONTACTO para poder honrar la solicitud.

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE

¿Permitirá que se publique el nombre de su hijo(a)? (por ejemplo, periódico, transmisiones de televisión de FCPS, lista de honor) Sí No

¿Es la dirección actual un arreglo de vivienda temporal? Sí No

Si contesta sí, ¿se debe el arreglo de vivienda actual a la falta de vivienda o dificultades económicas? Sí No

INFORMACIÓN DE ESCUELA ANTERIOR

Última escuela a la que asistió: _____ Última fecha(s) de asistencia: _____

Dirección: _____

Contacto: _____ Teléfono: _____

¿Asiste actualmente su hijo, o ha asistido alguna vez su hijo, a una escuela pública de Maryland? Sí No

Si contesta Sí, indique el nombre del distrito escolar: _____

¿Está actualmente el estudiante expulsado o suspendido de otra escuela? Sí No Si contesta sí, la escuela remitirá a PPW¿Se está transfiriendo al estudiante de una escuela alternativa? Sí No Si contesta sí, la escuela remitirá a PPW**SERVICIOS ESPECIALES**¿Estuvo su hijo(a) inscrito(a) en un programa especial? Sí No Plan 504 Servicios de apoyo al estudiante por maestrosSi contesta sí, especifique: Educación especial: Horas de servicio: _____ Colocación del tribunal Residencial Otro Estudiante de inglés Marque uno: Principiante Intermedio Avanzado**CONTACTOS DE EMERGENCIA (QUE NO SEAN EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)****Nombre:** _____ **Relación con el estudiante:** _____

Dirección (si es distinta a la del estudiante): _____

Número de casa/ Nombre de calle/ Número de Apartamento

Ciudad/ Estado/ Código postal

Números de teléfono: (celular) _____ (casa) _____ (trabajo) _____

Correo electrónico: _____

Nombre: _____ **Relación con el estudiante:** _____

Dirección (si es distinta a la del estudiante): _____

Número de casa/ Nombre de calle/ Número de Apartamento

Ciudad/ Estado/ Código postal

Números de teléfono: (celular) _____ (casa) _____ (trabajo) _____

Correo electrónico: _____

PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL:

Nombre _____ Número de casa / Nombre de calle _____ Ciudad/Estado/Código postal

Números de teléfono: (casa) _____ (celular) _____

OTROS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el estudiante _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el estudiante _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el estudiante _____

PREOCUPACIONES DE SALUD (por ejemplo, toma medicamentos todos los días, usa lentes, tiene problemas de audición, alergias, es diabético, etc.)

Describa: _____

¿Hay registros de vacunas en los archivos? Sí No¿Ha recibido el niño(a) un examen físico durante los pasados 9 meses? Sí No¿Se encuentra DHMH en los archivos? Sí NoSi contesta no, indique la razón: Recursos económicos insuficientes Falta de acceso a cuidado**Servicios de la comunidad (opcional):** Si su familia ha estado en contacto o ha recibido servicios de agencias externas, indique cuál (por ejemplo, salud mental, servicios sociales, servicios escolares de agencia de la comunidad o CASS): _____**ADVERTENCIA:** Su hijo/hija _____ ha sido inscrito(a) con base en la información disponible. Se finalizará la inscripción formal cuando se reciban todos los registros e información. Cualquier persona que intencionalmente haga una declaración material falsa estará sujeta a una sanción pagadera al Condado equivalente a tres veces la parte prorrateada de la matrícula para el período en que el niño(a) asista fraudulentamente a una escuela pública del condado de Frederick.

*La información de contacto proporcionada en este documento será utilizada por los empleados autorizados del las Escuelas Publicas del Condado de Frederick (FCPS) y el Departamento de Salud del Condado de Frederick (FCHD) para comunicarse con los padres/tutores de los estudiantes cuando sea necesario.

Firma: _____ Fecha: _____