

ESCAMBIA COUNTY SCHOOL DISTRICT

STUDENT REGISTRATION

Nombre Legal del Alumno (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)		Apodo/ Conocido Por	
Dirección # y Calle		Ciudad	Estado Código Postal + 4
Dirección Postal (si es diferente)			
Telefono de Casa	# No Listado	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Academia
<b>Record Natal:</b>	# del Seguro Social (Hay una lista completa de los usos del # de Seguro Social en la Oficina de la Escuela)		
Fecha de nacimiento	El niño es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Ciudad	Estado		
Código Racial: Marcar todas las que aplican			
<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Negro - Afroamericano	
<input type="checkbox"/> Hawaiano ó Isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Indio Americano ó nativo de Alaska			
Madre	Padre	Guardián	
Dirección (si es diferente a la anterior)	Dirección (si es diferente a la anterior)	Dirección (si es diferente a la anterior)	
Correo electrónico	Correo electrónico	Correo electrónico	
Telefono de casa	Telefono Celular	Telefono de casa	Telefono Celular
Telefono de casa	Telefono Celular	Telefono de casa	Telefono Celular
Telefono del Empleo	Telefono del Empleo	Telefono del Empleo	
Sitio del trabajo de la madre	Sitio de Trabajo del Padre	Sitio del trabajo del Guardián	
Dirección del empleo de la Madre	Dirección del empleo del Padre	Dirección del empleo del Guardián	

LLENAR POR LA OFICINA (OFFICE USE ONLY)		
District ID #	Teacher	
Florida Student #		
Grade	Entry Code	Entry Date
Transportation AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		
Birth Record Verified <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Retained <input type="checkbox"/> Yes	Grade
Out of District? <input type="checkbox"/> Yes	Date:	
Board Approved? <input type="checkbox"/> Yes		
Transfers office Approved? <input type="checkbox"/> Yes		
Special Programs (ESE, Speech, Gifted, etc.):		
Are there any Guardianship / Custody Papers applicable? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Meds / Health Problems:		
Medication Approval Form <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Records Requested	Records Received	
Withdrawal Information:		
Withdrawal Date	WD Code	
Date Records Sent		
Records Sent To		

**Los siguientes individuos tienen permiso para recoger/sacar a mi niño fuera de la escuela: DEBEN TENER IDENTIFICACION DE CARNET CON FOTOGRAFIA**

# Teléfono de Emergencia Principal	Contacto Principal de Emergencia	(Relación)		
Nombre	Relación	Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Teléfono de Empleo
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

**Información Médica:**

Alergias - Anótelas: \_\_\_\_\_  ADHD  Inhalador  Otros-Anótelas: \_\_\_\_\_

Medicamentos Tomados en  Casa  Escuela Otros problemas de salud: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ # Teléfono del Médico \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_

Autoriza usted a la escuela de llevar a su niño al hospital en una emergencia?  Sí  No Firma de autorización: \_\_\_\_\_

**Educación Previa:** La última educación del alumno fue en  Escuela Pública  Escuela Privada  Educado en Casa (Condado, Estado) \_\_\_\_\_

Última escuela asistida \_\_\_\_\_ Fecha de salida \_\_\_\_\_

Dirección escolar \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal +4 \_\_\_\_\_

Ha asistido el alumno a una o más escuelas en alguno ó algunos de los Estados en los Estados Unidos por más de 3 años?  Si  No

Ha asistido a la escuela alguna vez el alumno en el Condado de Escambia?  Si  No A Dónde? \_\_\_\_\_

**Otra Información: Favor de anotar abajo todos los otros niños en la familia:**

Nombre	Edad	Escuela (si aplica)
1.		
2.		
3.		
4.		

Firma del padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_