

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FLAGSTAFF #1
3285 E. Sparrow Avenue Flagstaff, AZ 86004 (928) 527-6000

FORMA DE INSCRIPCION DEL ESTUDIANTE

NOMBRE COMPLETO: _____ **Sexo** M ___ F ___
Apellido(s) Nombre(s)

Fecha de Nacimiento: _____ Estado en el que nació: _____ País de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Dirección para recibir correspondencia: _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Información Familiar

	Apellido (s) (Dirección, ciudad, estado, código postal si es diferente al de arriba)	Nombre (s) si es diferente al de arriba	Con quién vive el estudiante	Tiene Custodia Legal	Correo a:	Prioridad para contactar	Lugar de Trabajo	Teléfono en el Trabajo:	Teléfono en casa/ Celular
Padre									
Madre									
Padrastra									
Madrastra									
Otro (Especifique)									

Si existe un divorcio o separación, por favor proporcione los documentos que prueben la custodia; por favor proporcione documentos legales.

Etnicidad/Raza: Por Regulaciones Federales en efecto el 1º de julio, 2010. Se requiere que Usted llene la **SECCION A y B**

SECCION A: (MARQUE UNO)STE Hispano/Latino ___ No-Hispano/No-Latino ___

SECCION B: (Marque todos los que sean necesarios—debe elegir, por lo menos, una de las siguientes opciones de las razas)

Blanco ___ Negro/Afroamericano ___ Asiático ___ Nativo Americano/Alaska ___ Nativo de Hawaii/Otra Isla del Pacífico ___

¿Cuál idioma se habla principalmente en su hogar sin considerar el idioma que habla el estudiante? _____

¿Cuál idioma habla el estudiante con mayor frecuencia? _____

¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante? _____

Su domicilio permanente está ubicado en: la eservación? Sí ___ No ___ O otra Propiedad Federal? Sí ___ No ___

Si su domicilio principal se encuentra en la Reservación, por favor indique el Capítulo de la Casa: _____

Afiliación a una Tribu Indígena: _____ Número de Registro de la Tribu: _____

Por favor llene la Forma # 506 y regrésela – Forma para la Verificación de un Indígena

Información escolar previa:

La última escuela a la que asistió: _____ Fecha de Baja: _____ Grado _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado CP

¿Ha asistido el estudiante a alguna escuela en el Distrito Escolar de Flagstaff? Sí ___ No ___ # de ID del Estudiante _____

Si, sí, Nombre de la Escuela: _____ Año _____ Grado _____

¿El estudiante ha repetido algún año? Sí ___ No ___ Si, sí, ¿qué grado? _____

Servicios Especiales: (por favor marque todos los que correspondan)

Educación Especial ___ Terapia Física ___ IEP – Plan Educativo Individualizado ___
 Orientación ___ Terapia Ocupacional ___ Programa Niños Dotados y con Talentos ___
 Terapia del Lenguaje ___ Plan Sección 504 ___ ¿Ha asistido el estudiante a NACOG HeadStart ___

Firma del Padre/Tutor _____ **Date:** _____

FOR OFFICE USE ONLY		Entry & Withdrawal Record					
Student ID # : _____	Grade: _____	Gr	Code	Date	School	SIS Date	SIS Init.
Teacher: _____	SAIS ID # : _____						
Enrollment Date: _____	Proof of Birth date: _____						
Date records requested: _____	Language code: _____						
Bus # IN _____ OUT _____	Custody papers on file: _____						
Boundary Exception: _____							
	School Name						