

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 _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Información Familiar		¿Se requiere transporte en autobús?		Si	No				
	Apellido (s) (Dirección, ciudad, estado, código postal si es diferente al de arriba)	Nombre (s) Nombre (s)	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.

¿Algún padre está en servicio militar activo? Si No

nombre del padre _____ Militar estatus eficaz fecha de inicio _____ Militar Servicio fecha final _____

nombre del padre _____ Militar estatus eficaz fecha de inicio _____ Militar Servicio fecha final _____

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 Pacifico _____

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: _____	STATE ID # _____						
Enrollment Date: _____	Proof of Birth date: _____						
Date records requested: _____	Language code: _____						
Bus # IN _____ OUT _____	Custody papers on file: _____						
Boundary Exception: _____							
School Name							