Para uso exclusivo de la escuela	***Student ID***			
	Teacher		***Grade***	

Por favor, escriba en letra de molde

Escuela	
Apellido	
Primer Nombre	¿Ha asistido este estudiante a una escuela pública de Carolina del Norte?
Segundo Nombre	
Apodo	
Fecha de nacimiento	□ Si □ No
(Por favor, envíe el certificado de nacimiento, pasaporte, u otra prueba válida de la fecha de nacimiento.)	
Telefono de casa	
Masculino □ Femenino □	Raza
Etnicidad No-Hispano □ Hispano □	Blanco □ Negro □
Numero de Licencia de Manejo	Indio Nativo □ Asiatico □
Condado de Nacimiento	De las Islas Pacificas o Hawaii □
Pueblo/Ciudad de Nacimiento	
Estado de Nacimiento	

Direccion de 911 (Direccion Fisico de la Casa)

Numero de casa y calle	
Pueblo	
Estado	Codigo Postal

Direccion del Correo (si es diferente de la direccion de casa)

Apartado Postal	
Pueblo	
Estado	Codigo Postal

Acceso al Internet

Puede tener acceso al internet Si ☐ No ☐

ASHE COUNTY schools

Challenging young minds to soar.

Informacion y Permiso
Informacion Medica (Incluido adentro)
Informacion del Autobus (Incluido adentro)

Informacion de Padre/Tutor

Nombre Completo	
Relacion	
Fecha de nacimiento	
Telefono de casa	
Custodia ☐ Si ☐ No	
Vive con el alumno ☐ Si ☐ No	
¿Misma direccion? ☐ Si ☐ No	
Otra direccion	
Lugar de empleo	
Telefono del trabajo	
Telefono celular	
Habla Ingles ☐ Si ☐ No	
¿Idioma en casa?	
E-mail	
Copia de correspondencia ☐ Si ☐ No	
Dispuesto ser voluntario ☐ Si ☐ No	
Trabajador Migrante ☐ Si ☐ No	
Nivel de educacion	

Informacion de Madre/Tutora

Nombre Completo	
Relacion	
Fecha de nacimiento	
Telefono de casa	
Custodia ☐ Si ☐ No	
Vive con el alumno ☐ Si ☐ No	
¿Misma direccion? ☐ Si ☐ No	
Otra direccion	
Lugar de empleo	
Telefono del trabajo	
Telefono celular	
Habla Ingles ☐ Si ☐ No	
¿Idioma en casa?	
E-mail	
Copia de correspondencia ☐ Si ☐ No	
Dispuesto ser voluntario ☐ Si ☐ No	
Trabajador Migrante ☐ Si ☐ No	
Nivel de educacion	

Numero 3 (si es necesario)

Informacion de Padrastro/Tutor

Nombre Completo	
Relacion	
Fecha de nacimiento	
Telefono de casa	
Custodia ☐ Si ☐ No	
Vive con el alumno ☐ Si ☐ No	
¿Misma direccion? ☐ Si ☐ No	
Otra direccion	
Lugar de empleo	
Telefono del trabajo	
Telefono celular	
Habla Ingles ☐ Si ☐ No	
¿Idioma en casa?	
E-mail	
Copia de correspondencia ☐ Si ☐ No	
Dispuesto ser voluntario ☐ Si ☐ No	
Trabajador Migrante ☐ Si ☐ No	
Nivel de educacion	

Numero 4 (si es necesario)

Informacion de Madrastra/Tutora

Nombre Completo	
Relacion	
Fecha de nacimiento	
Telefono de casa	
Custodia ☐ Si ☐ No	
Vive con el alumno ☐ Si ☐ No	
¿Misma direccion? ☐ Si ☐ No	
Otra direccion	
Lugar de empleo	
Telefono del trabajo	
Telefono celular	
Habla Ingles ☐ Si ☐ No	
¿Idioma en casa?	
E-mail	
Copia de correspondencia ☐ Si ☐ No	
Dispuesto ser voluntario ☐ Si ☐ No	
Trabajador Migrante ☐ Si ☐ No	
Nivel de educacion	

Por favor, escriba en letra de molde

Se trata de comunicar primero usando la informacion en la seccion de "Informacion de los Padres"

Informacion en Caso de Emergencia (A Parte de los Padres o Tutores)

Primer Contacto

Nombre Completo	
Relacion	
Lugar de empleo	
Telefono de casa	
Telefono del trabajo	
Telefono celular	
Habla ingles ☐ Si ☐ No	
Tiene permiso para recoger su hijo ☐ Si ☐ No	

Segundo Contacto

Nombre Completo	
Relacion	
Lugar de empleo	
Telefono de casa	
Telefono del trabajo	
Telefono celular	
Habla ingles ☐ Si ☐ No	
Tiene permiso para recoger su hijo ☐ Si ☐ No	

Tercer Contacto

Nombre Completo	
Relacion	
Lugar de empleo	
Telefono de casa	
Telefono del trabajo	
Telefono celular	
Habla ingles ☐ Si ☐ No	
Tiene permiso para recoger su hijo ☐ Si ☐ No	

Cuarto Contacto

Nombre Completo	
Relacion	
Lugar de empleo	
Telefono de casa	
Telefono del trabajo	
Telefono celular	
Habla ingles ☐ Si ☐ No	
Tiene permiso para recoger su hijo ☐ Si ☐ No	

Informacion del Transporte

Para la Escuela	Transporte De la Escuela	Instrucciones Si Se Cierra la Escuela Temprano
Bus ☐ *Completa el formulario de los autobuses*	Bus ☐ *Completa el formulario de los autobuses*	
Carro ☐	Carro ☐	

Escuela Anterior

Nombre de la Escuela

Direccion

Pueblo/Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono

¿Ha recibido su hijo o hija servicios del programa de niños excepcionales durante este año escolar o el año anterior?

☐ Si ☐ No

AUTORIZACION

Autorizo a cualquier medico u hospital que brinde la atencion medica y el tratamiento que sea necesario para cuidar a mi hijo sin mi permiso expreso o mi autorizacion especifica.

Padres y/o Tutores: Si hay consideraciones especificas que se deben tomar en cuenta antes de prestar atencion medica o tratamiento, por favor, complete abajo una declaracion de explicacion.

Nombre del medico Telefono

Direccion

Telefono de casa	Madre	Padre
Telefono del trabajo	Madre	Padre
Telefono celular	Madre	Padre

Doy/damos permiso para que personal de la escuela lleve a mi hijo en casa si es necesario. ☐

Como llegar a la casa de la esuela. (Se puede incluir un mapa generado por computadora.)

Firma del Padre y/o Tutor:

Revised 2/06/2024