



El Consejo Escolar del Condado Hendry
Forma de Matricula

Nombre Legal: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Hispano: * [] Si [] No *(Ver Definiciones)
Raza: * [] Blanco [] Negro [] Asiático [] Indio Americano [] Isla Pacifica (Marque todos los que se aplican)
Sexo: [] M [] F Seguro Social: _____ *(También Vea la Nota en la Página 2)
Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Dirección de Casa: _____
Dirección Postal: _____

Condado de Residencia: Hendry _____ Glades _____ Lee _____ Palm Beach _____ Collier _____ Otro _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Padre/Guardián Legal: _____
Lugar de Trabajo: _____ Tel. de Trabajo: _____
Madre/Guardián Legal: _____
Lugar de Trabajo: _____ Tel. de Trabajo: _____
El estudiante vive con: [] Padre y Madre [] Padrastro y Madre [] Abuelos [] Padre Solamente
[] Padres Adoptivos [] Madrastra y Padre [] Madre Solamente [] Otro _____
Persona a Notificar en Caso de Emergencia: _____

Nombre Teléfono Parentesco
Ha sido el estudiante matriculado en una escuela de la Florida? [] No [] Si
Si su respuesta es si, que año _____ Nombre de la Escuela: _____
Ha sido el estudiante matriculado en una escuela del Condado Hendry? [] No [] Si
Si su respuesta es si, que año _____ Nombre de la Escuela: _____

SOLAMENTE PARA LOS ESTUDIANTES QUE ENTRARAN AL KINDER:
Ha estado alguna vez el niño matriculado en un programa Pre-escolar? [] No [] Si Si es que sí, que programa?
[] Head Start [] PK Migrant [] PK Titulo I [] PK con Desabilidades
[] Programa de Padres Adolescentes [] VPK Programa [] Otro PK

Es el estudiante hijo de familia militar? [] No [] Si
Ha repetido algún grado el estudiante? [] No [] Si
Ha sido el estudiante participe de algún programa especial o tiene un plan individual? [] No [] Si
-Explique: _____ Última escuela Pre-escolar a que asistió:

Nombre Ciudad Estado Zip
Tiene el estudiante un plan 504? [] No [] Si
El estudiante ha sido referido a o esta recibiendo servicios mentales [] No [] Si
Ha sido el estudiante en un programa alternativa o un programa del Departamento Justicia Juvenil [] No [] Si
Explique _____
Nombre y dirección de otra escuela donde podemos pedir sus records/expediente: _____

Toma el estudiante algún medicamento? [] No [] Si - que clase? _____
Tiene el estudiante algún defecto, usa anteojos o aparato para oír? [] No [] Si
Habla el estudiante otro idioma además de Inglés? [] No [] Si
Habla el estudiante ese otro idioma más frecuentemente que Inglés? [] No [] Si - Qué idioma: _____
Se habla otro idioma en la casa que no es Inglés? [] No [] Si - Qué idioma? _____
Nació el estudiante en un estado, territorio, o país de posesión de Estados Unidos? [] No [] Si
Ha asistido el estudiante a una o varias escuelas en los Estados Unidos por más de 3 años académicos completos? [] No [] Si
En qué fecha entró el estudiante inmigrante a Estados Unidos? _____ / _____ / _____
Durante los pasados tres años, han estado ustedes involucrados en actividades agrícolas temporales/estacionales? [] No [] Si
Viajará el estudiante en el autobús escolar? [] No [] Si
Planéa usted aplicar para comidas gratis o a precio reducido? [] No [] Si

Table with 3 columns: Nombre de hermanos/hermanas y otros estudiantes en la casa, Escuela a que asisten, Grado. Rows 1, 2, 3.

Consentimiento de padres para exámenes: Por medio de la presente, la escuela recibe mi consentimiento para que mi hijo/a participe en los programas escolares de salud, lo que significa que mi hijo/a recibirá evaluaciones de salud, incluyendo visión, audición, dental y scoliosis (curvatura anormal de la columna), al igual que control de enfermedades contagiosas. También doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en programas de evaluación educacional del condado.

Firma del Padre/Guardiàn Legal _____

Fecha _____

Revised 04/11/2018

CSD 00044

La Junta Escolar del Condado Hendry de la Florida prohíbe todo tipo de pòliza o procedimiento, el cual pueda resultar en discriminaciòn basándose en raza, sexo, origen de nacionalidad, estado matrimonial, discapacidad, edad, o religiòn. Individuos con discapacidades pidiendo acomodaciones bajo el Acto de Americanos con Desabilidades (ADA) pueden llamar al official de equidad al (863) 674-4550.

Definiciones:

Por favor conteste **AMBAS** preguntas **1 y 2**.

1. Es su hijo/a Hispano o Latino? (Por favor, marcar solamente una.)

- No, mi hijo/a no es Hispano o Latino.
- Si, mi hijo/a es Hispano o Latino- Una persona de origen Cubano, Mejicano, Puerto Riqueño, de America del Sur o Centro America, u otra cultura Hispana, sin importar su raza.

2. De que raza es su hijo/a? (Por favor, marcar cuantas sean aplicable, por lo menos una.)

- Indio Americano o Nativo de Alaska – Una persona de orígenes de los nativos o “Indios” de Norte, Sur, y Centro America y que mantiene su afiliaciòn tribal o ataduras comunitarias.
- Asiático – Una persona de orígenes de los nativos del Lejano Oriente, Sureste Asia, o el subcontinente Indio, e.g., Cambodia, China, India, Japòn, Korea, Malasia, Pakistàn, Las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.
- Negro o Africano-Americano – Una persona de orígenes de alguno de los grupos raciales negros de Africa. Terminología tal como “Haitiano” o “Negro” puede ser usado en adiciòn a “Negro o Africano-Americano.”
- Hawaiano Nativo u Otro Isleño del Pacífico – Una persona de orígenes de los nativos de Hawaii, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacífico.
- Blanco – Una persona de orígenes de los nativos de Europa, el Medio Oriente, o del Norte de Africa.

FOR OFFICE USE ONLY	
Zone:	_____
School:	_____
Orig. Entry Date:	_____
KCAST ID:	_____
Florida ID:	_____
Date Entered:	_____
Grade:	_____
HR Teacher:	_____
Bus Number:	_____
Birth Verification:	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Custody:	_____
Immunization:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Physical:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<u>Exceptional Education</u>	
Program:	
<input type="checkbox"/> Gifted	
<input type="checkbox"/> EMH	
<input type="checkbox"/> TMH	
<input type="checkbox"/> Physically Impaired	
<input type="checkbox"/> Physical Therapy	
<input type="checkbox"/> Occupational Therapy	
<input type="checkbox"/> Speech Impaired	
<input type="checkbox"/> Language Impaired	
<input type="checkbox"/> Hearing Impaired	
<input type="checkbox"/> Visually Impaired	
<input type="checkbox"/> Emotionally Handicapped	
<input type="checkbox"/> SED	
<input type="checkbox"/> PMH	
<input type="checkbox"/> SLD	
<input type="checkbox"/> Deaf	
<input type="checkbox"/> Deaf/Blind	
<u>Other programs in which</u>	
<u>child was enrolled:</u>	
<input type="checkbox"/> Chapter I Reading	
<input type="checkbox"/> Chapter I Math	
<input type="checkbox"/> ESOL	

Firma de Padre/ Guardiàn: _____

Fecha: _____

Nota Sobre Número de Seguro Social: **Decreto de Ley FL STATUTE 1008.386** – Números de seguro social utilizados como numerous de identificaciòn de estudiantes.

Cada distrito escolar debe usar el número de seguro social del estudiante como número de identificaciòn en el sistema de manejo de informaciòn mantenido por el distrito escolar. Pero,

no se le puede exigir a un estudiante que provea un número de seguro social como requisito de matrícula o graduación.