

**ESCUELAS ELEMENTALES DE ELOY**  
**ESCUELA INTERMEDIATA**  
**FORMA DE MATRICULACION**

**Solo para uso oficial:**

**Día de Entrada** \_\_\_\_\_ **Código** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_ **Andando** \_\_\_\_\_ **Autobús** \_\_\_\_\_ **Nombre de autobús** \_\_\_\_\_  
**Profesor(a)** \_\_\_\_\_ **Cuarto** \_\_\_\_\_

Nombre de estudiante \_\_\_\_\_ Macho \_\_\_ Hembra \_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad y código \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre de Madre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Celular \_\_\_\_\_  
Nombre de Padre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Celular \_\_\_\_\_

El estudiante vive con \_\_\_ los dos padres \_\_\_ Madre \_\_\_ Padre \_\_\_ Otra persona

Si no vive con los padres, con quien vive el estudiante?

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Correo electrónico (email): \_\_\_\_\_

Es el estudiante Hispano o Latino? \_\_\_ Si \_\_\_ No ¿Qué es la raza de el estudiante? \_\_\_ African American  
\_\_\_ American Indian \_\_\_ Asían \_\_\_ Pacific Islandés \_\_\_ Blanco

1. ¿Cuál idioma se habla principalmente en su hogar sin considerar el idioma que habla el estudiante? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál idioma habla el estudiante con mayor frecuencia? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante? \_\_\_\_\_

Favor de indicar a que escuela asistió el estudiante antes de transferencia \_\_\_\_\_

Puede participar el estudiante en todas actividades físicos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Sí responden no, favor de explicar \_\_\_\_\_

Favor de listar a los hermanos, hermanas y las edades

<u><b>Hermanos</b></u>	<u><b>Edad</b></u>	<u><b>Hermanas</b></u>	<u><b>Edad</b></u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

.....  
Contactos para emergencias:

Nombre \_\_\_\_\_ #'s de Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ #'s de Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ #'s de Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre y Teléfono de Medico \_\_\_\_\_

Nombre y Teléfono de Dentista \_\_\_\_\_

Yo doy permiso para que reciba mi hija / hijo tratamiento medico en caso de emergencia o primeros auxilios, por doctor, la enfermera de la escuela, sí el tratamiento sea necesaria.

Firma de padres / Guardianes \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_