

**Elementary School District 159
Forma de Matriculación 2018-19**

Marya Yates Neil Armstrong Sieden Prairie Woodgate CPMS

COMPLETE TODA INFORMACIÓN. INFORMACIÓN INCOMPLETA ATRASARA EL PROCESO DE LA MATRICULACIÓN DEL ESTUDIANTE.

Información del estudiante:

Apellido _____
Nombre _____
Segundo nombre _____
Apellido de madre _____
Domicilio _____
Ciudad y zona postal _____
Teléfono: _____
NSS: _____

Fecha de nacimiento _____
Ciudad de nacimiento _____
País de nacimiento _____
Fecha de llegada al EUA (Si no ciudadano) _____
Año escolar para 2016-17 _____
Genero: Varón Mujer
Etnicidad Indio Americano Africano Americano
 Hispano Americano Multi-Racial
 Asiático Pacifico Otro

Lenguaje nativo: Inglés Español Otro (Por favor lista el idioma) _____

Información de Padres/Guardián/Padres Adoptivos (Complete para los dos padres/guardianes):

PAPA
Apellido: _____
Nombre: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____
Relación: _____
Ocupación: _____
Teléfono: _____
Lugar de Empleo: _____
Teléfono de trabajo: _____
Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____

MAMA
Apellido: _____
Nombre: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____
Relación: _____
Ocupación: _____
Teléfono: _____
Lugar de Empleo: _____
Teléfono de trabajo: _____
Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____

¿Está usted registrado para votar en Rich Township? Si No Me registrare mas tarde
¿Es usted un miembro activo de las Fuerzas Armadas? Si No ¿Cual rama de servicio? _____

Contactos de Emergencia: Persona(s) que son autorizadas para contactar y/o buscar al estudiante en caso de emergencia. Escriba los nombres en el orden que se deben llamar. Dénos mas de un numero si posible.

Nombre _____	Teléfono: _____	Relación: _____
Nombre _____	Teléfono: _____	Relación: _____
Nombre _____	Teléfono: _____	Relación: _____
Doctor: _____	Teléfono: _____	

Estudiante Vive Con:

__ Padres (Ambos) __ Papa
 __ Abuelos __ Mama
 __ Padres adoptivos Otro: _____

Otros niños en su familia que asisten una escuela en el Distrito 159:

Nombre	Escuela	Edad	Grado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

For School Data Entry Only

Student ID # _____	Homeroom _____
DCFS/Foster Child Placement _____	Affidavit _____ Rental/Lease _____
Free/Reduced Lunch _____	Special Education/IEP _____ Section 504 _____

HISTORIA DE SALUD COMPLETADO POR PADRE/GUARDIÁN

¿Diagnos de asma? ¿Niño/a despierta durante la noche tosiendo?	Si No Si No	Indique severidad	¿Pérdida de función de uno del par de órganos? (ojo, oído, riñón, testículo)	Si No	Indique severidad
¿Defectos de nacimiento?	Si No		¿Hospitalización? ¿Cuándo? ¿Porque?	Si No	
¿Desarrollo atrasado?	Si No		¿Operación? ¿Cuándo y porque?	Si No	
¿Desordenes de sangre? Hemofilia, Anemia falciforme, otra. Explique:	Si No		¿Herida de cabeza/conmoción cerebral/desmayo?	Si No	
¿Diabetes?	Si No		¿Enfermedad seria o herida?	Si No	
¿Ataques epilépticos? ¿Cómo son?	Si No		¿Examen positivo de tuberculosis (pasado o presente)?	Si No	Si, haga cita con el departamento de salud
¿Problemas cardiacos/falta de respiración?	Si No		¿Tuberculosis (pasado o presente)?	Si No	Si, haga cita con el departamento de salud
¿Murmullo de corazón? ¿Presión alta?	Si No		¿Usa tabaco (tipo y frecuencia)?	Si No	
¿Mareos o dolor de pecho cuando hacen ejercicios?	Si No		¿Usa alcohol/drogas?	Si No	
¿Problemas de ojo/vista? Ultimo examen de doctor	Si No	Tiene puesto __ lentes __ contactos	¿Hay historia de muerte de repente antes de 50 años de edad? ¿Causa?	Si No	
¿Problemas de oídos/oír?	Si No		Dental __braces __ bridge (Aparatos ortodonticos)		
¿Problemas de hueso/coyuntura?	Si No		Esta información se puede compartir con el personal apropiado por causas de salud y educación.		
Otras preocupaciones	Si No		Firma de padre/guardián:		
Alergias: Comida, medicamentos, ambiental: Por favor escriba:			Fecha:		

Póngale circulo al SI o NO a cada pregunta que tenga relación a la asistencia de su hijo/a en una escuela del Distrito Escolar Elemental # 159 durante el año escolar de 2016-17.

Doy permiso para que mi hijo/a participe en todos los paseos bajo dirección exclusiva de su maestra/o y otro personal identificado por la escuela. **YES NO**

Doy permiso para que mi hijo/a participe en exámenes académicos administrados por el Distrito #159 en los grados PreK hasta el 8. **YES NO**

LA MATRICULACIÓN DE UN ESTUDIANTE QUE NO ES RESIDENTE DEL DISTRITO ES UN ACTO FRAUDULENTO. SI EL CONSEJO ADMINISTRATIVO DE EDUCACIÓN DETERMINA QUE ESTE ESTUDIANTE HA SIDO MATRICULADO FRAUDULENTEMENTE Y ASISTE SIN PAGAR MATRICULA, UNA MULTA SERÁ IMPUESTA BAJO LA SECCIÓN 1-20,12A DEL CÓDIGO DE ILLINOIS. ESTA MULTA HA SIDO ESTABLECIDA PARA ESTE AÑO ALCOSTO DE \$10,271.84. USTED TENDRÁ QUE PAGAR EL COSTO DE ESTA MULTA RETROACTIVA, QUE NO SOBREPASE EL 110% DEL COSTO DE PER CÁPITA. SI UNA PERSONA MATRICULA A SU HIJO/A SABIENDO QUE NO SON PARTE DEL DISTRITO, PROVEE INFORMACIÓN FALSA Y NO PAGA LA MULTA ES CULPABLE DE UN DELITO MENOR CLASE C.

Padre/Guardián

Firme

Firme

Nombre escrito

Nombre escrito

Fecha

Fecha