

## DATOS DEL ALUMNO-Distrito Escolar de Little Rock

PRIMER nombre del alumno	SEGUNDO nombre	APELLIDO	N° de Seguro Social
DOMICILIO y N° de Apartamento		SEXO (M/F)	Nivel de Grado para Matriculación
Fecha de Nacimiento			
Ciudad	Código Postal	Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, y País)	
N° de Teléfono del Hogar	N° de Celular del Padre/Tutor	¿Quién tiene custodia LEGAL de este alumno?	

¿Ha sido expulsado el niño de otra escuela en algún otro distrito escolar o forma el/ella parte de un proceso de expulsión?  SÍ  NO

¿Ha sido registrado o asistido su hijo/a a LRSDD?  NO  SÍ (en caso afirmativo, indicar la escuela) \_\_\_\_\_

Doy permiso para divulgar la información del directorio tal y como se define al dorso de este formulario.  SÍ  NO

¿DEBE ESTAR RESTRINGIDA LA INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMNO DE LAS FUERZAS ARMADAS?  SÍ  NO

¿DEBE ESTAR RESTRINGIDA LA INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMNO DE CUALQUIER OTRO FUENTE?  SÍ  NO

Domicilio de correo electrónico del padre: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### STUDENT INFORMATION

RAZA del Alumno (✓ una casilla de abajo) *vea la nota al dorso de este formulario	El alumno vivo con:	Información de Transportación:
<input type="checkbox"/> Blanco, sin origen hispano <input type="checkbox"/> Negro, sin origen hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro _____	(✓ marque una casilla) <input type="checkbox"/> Los dos Padres <input type="checkbox"/> Papa Solamente <input type="checkbox"/> Mama Solamente <input type="checkbox"/> Padres de Crianza <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro _____	(✓ marque una casilla) <input type="checkbox"/> Tomara el autobús escolar <input type="checkbox"/> Manejara a si mismo <input type="checkbox"/> Padre o Tutor será responsable (transportación por carro personal, caminara, transportación del centro infantil, etc.)

#### Padre/Tutor (con quien vive el alumno)

Relación	N° de Teléfono del Trabajo
----------	----------------------------

Primer Nombre	Apellido	Domicilio	Ciudad	Código Postal
Empleador	Puesto			

#### Otro Padre/Tutor

Relación	N° de teléfono del Celular	N° de Teléfono del Trabajo
----------	----------------------------	----------------------------

Primer Nombre	Apellido	Domicilio	Ciudad	Código Postal
Empleador	Puesto			

#### Indique todos los hermanos/as entre 3 y 18 años que viven en el hogar.

Apellido, Primer Nombre	Escuela	Fecha de nacimiento

#### ¿En donde recibió el alumno su educación de temprana edad?

LRSDD P-3     HIPHY     Escuela privada     Programa de ABC  
 LRSDD P-4     Guardería Infantil     Head Start     Ninguno de estos  
 Tri-District u otro Programa de Educación de Temprana edad:

Nombre del Programa/Escuela de Educación de Temprana edad: \_\_\_\_\_

#### Cuestionario Estudiantil

¿Esta casado/a el alumno? .....  SÍ  NO

¿Esta en un hogar de crianza el alumno? .....  SÍ  NO

¿Es huérfano el alumno? .....  SÍ  NO

¿La familia del alumno son trabajadores emigrantes/temporales?  SÍ  NO

#### Ultima escuela asistida por el alumno

Escuela	Grado	Fecha de salida
Domicilio	Ciudad y Estado	

### Información de Contacto de Emergencia/Autorizada para Recoger al Alumno

Relación	N° de Celular	N° de Teléfono del trabajo	Relación	N° de Celular	N° de Teléfono del trabajo
Nombre	N° de Teléfono del Hogar		Nombre	N° de Teléfono del Hogar	

Yo verifico que los datos anteriores son precisos y correctos. Firma _____ Fecha _____	Yo autorizo los tratamientos médicos de emergencia. Firma _____ Fecha _____
---	--

#### OFFICE USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Grade	Forms Submitted	Processor	Notes:
Race	POA	OERF	HLS
Zone Block	AAS	Assigned School	
Zone School	WL		