



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

Pre-Kindergarten - 12 Parte A

N.º de identificación del estudiante HCS: _____

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE (como figura en el certificado de nacimiento o pasaporte)			NOMBRE ANTERIOR DEL ESTUDIANTE (si lo tuviera)		
APELLIDO (SUFUJO)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO (SUFUJO)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

NOMBRE PREFERIDO	FECHA DE NACIMIENTO dd/mm/aaaa / /	Número de Seguridad Social (SSN) últimos cuatro dígitos (No obligatorio)	SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Registro para NIVEL DE GRADO <input type="checkbox"/>	OTROS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR EN LA FAMILIA <i>Escribir los nombres adicionales en una hoja de papel separada y adjuntar</i>	
GRUPO ÉTNICO (obligatorio) ¿El estudiante es hispano/latino o de origen español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Último nivel de grado completado <input type="checkbox"/>		Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____	
RAZA (obligatorio - marque TODAS las que correspondan)			CIUDAD/ESTADO/PAÍS DE NACIMIENTO		Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____	
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco			PAÍS DE CIUDADANÍA		Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____	

RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

N.º de casa _____ Calle _____ N.º de apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

TELÉFONO FIJO DEL ESTUDIANTE () _____

PADRE/TUTOR	¿Vive con el estudiante?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Relación con el estudiante	Madre <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Tutor legal <input type="checkbox"/>	Otro (especificar) <input type="checkbox"/>
	¿Tiene la custodia?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	(Marque todas las que correspondan)	Madrastra <input type="checkbox"/>	Padrastro <input type="checkbox"/>	Padre de acogida <input type="checkbox"/>	_____

APELLIDO (SUFUJO) _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ Escriba una dirección si es distinta a la del estudiante N.º de casa _____ Calle _____ N.º de apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO: _____ Sistema de notificación escolar (Incluir el código de área) CASA _____ <input type="checkbox"/> TRABAJO _____ <input type="checkbox"/> CELULAR _____ <input type="checkbox"/> OTRO _____ <input type="checkbox"/>
---	--

OTRO PADRE/TUTOR	¿Vive con el estudiante?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Relación con el estudiante	Madre <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Tutor legal <input type="checkbox"/>	Otro (especificar) <input type="checkbox"/>
	¿Tiene la custodia?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	(Marque todas las que correspondan)	Madrastra <input type="checkbox"/>	Padrastro <input type="checkbox"/>	Padre adoptivo <input type="checkbox"/>	_____

APELLIDO (SUFUJO) _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ Escriba una dirección si es distinta a la del estudiante N.º de casa _____ Calle _____ N.º de apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO: _____ Sistema de notificación escolar (Incluir el código de área) CASA _____ <input type="checkbox"/> TRABAJO _____ <input type="checkbox"/> CELULAR _____ <input type="checkbox"/> OTRO _____ <input type="checkbox"/>
---	--

OTRO PADRE/TUTOR	¿Vive con el estudiante?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Relación con el estudiante	Madre <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Tutor legal <input type="checkbox"/>	Otro (especificar) <input type="checkbox"/>
	¿Tiene la custodia?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	(Marque todas las que correspondan)	Madrastra <input type="checkbox"/>	Padrastro <input type="checkbox"/>	Padre adoptivo <input type="checkbox"/>	_____

APELLIDO (SUFUJO) _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ Escriba una dirección si es distinta a la del estudiante N.º de casa _____ Calle _____ N.º de apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO: _____ Sistema de notificación escolar (Incluir el código de área) CASA _____ <input type="checkbox"/> TRABAJO _____ <input type="checkbox"/> CELULAR _____ <input type="checkbox"/> OTRO _____ <input type="checkbox"/>
---	--

En cumplimiento con las regulaciones y leyes federales y estatales, Hampton City Schools no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, sexo, discapacidad, edad u otras clases protegidas en sus programas ni en sus actividades, y ofrece igualdad de acceso a los Boy Scouts y a otros grupos juveniles específicos. Se ha designado a la siguiente persona para tratar las consultas sobre las políticas de no discriminación: Robbin G. Ruth, directora ejecutiva de Recursos Humanos One Franklin Street, Hampton, VA 23669 757-727-2318



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

Pre-Kindergarten - 12 Parte B

APELLIDO (SUFIJO)

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE _____¿El estudiante ha asistido alguna vez a Hampton City School? Sí No ¿El estudiante ha sido suspendido por un largo período o expulsado de otra escuela? Sí No ¿El estudiante estuvo inscrito en una escuela pública de Virginia durante el año actual? Sí No

Nombre de la última escuela o preescolar a la que asistió _____

Si no es una escuela de Hampton, escriba la dirección completa

N.º de calle Calle Ciudad Estado Código postal Teléfono de la escuela (incluir el código de área) Fax de la escuela (incluir el código de área)

Independientemente del idioma que hable el estudiante, ¿cuál es el principal idioma que se habla en la casa? _____

¿Cuál es el idioma que el estudiante habla con más frecuencia? _____

¿Cuál es el idioma que el estudiante aprendió primero? _____

Si la inscripción es para el Pre-Kindergarten, escriba el nombre del empleado de apoyo de Healthy Start (si lo hubiera): _____

Si la inscripción es para Kindergarten, asegúrese de completar el formulario 413 SBO con la Encuesta de registro de Kindergarten.**INFORMACIÓN DEL HOGAR DE ACOGIDA***OFICINA – Si esta sección está completa, envíe una copia del registro a la Oficina de Finanzas*

Agencia de colocación: _____

NOMBRE APELLIDO (sufijo) PRIMER NOMBRE SEGUNDO

Nombre del padre de acogida _____

Escriba una dirección si es distinta a la del estudiante.

N.º de calle Calle Ciudad Estado Código postal

Escriba la residencia legal del estudiante.

N.º de calle Calle Ciudad Estado Código postal

INFORMACIÓN DE SERVICIO MILITAR: Padre/Padraastro/Tutor con el que el niño vive SÓLO - Si el padre, padraastro o tutor se encuentra en el SERVICIO MILITAR o en SERVICIO ACTIVO, complete la información a continuación:

Padre/Padraastro/Tutor #1	Nombre del padre/padraastro/tutor	Padre/Padraastro/Tutor #2	Nombre del padre/padraastro/tutor
SERVICIO ACTIVO (Marque uno)		SERVICIO ACTIVO (Marque uno)	
<input type="checkbox"/> Fuerza Aérea		<input type="checkbox"/> Fuerza Aérea	
<input type="checkbox"/> Ejército	Rango	<input type="checkbox"/> Ejército	Rango
<input type="checkbox"/> Guardia Costera		<input type="checkbox"/> Guardia Costera	
<input type="checkbox"/> Cuerpo de Marines		<input type="checkbox"/> Cuerpo de Marines	
<input type="checkbox"/> Armada	Nombre de la base o instalación militar	<input type="checkbox"/> Armada	Nombre de la base o instalación militar
		Actualmente activo	
		SÍ NO	
<input type="checkbox"/> Guardia Nacional		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Reserva		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Guardia Nacional		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Reserva		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____ Nombre en imprenta: _____

Oficina: Fecha de validación y expiración de la identificación _____

SCHOOL USE ONLY**PROOF OF DATE OF BIRTH**

Birth Certificate Number: _____

Records Requested (date): _____

Affidavit: _____

Records Received (date): _____

PROOF OF ADDRESS RECEIVEDDocument Type(s): Gas / Water / Electric Bill Lease / Mortgage / Deed Other: _____

ENTRY DATE: _____ ENTRY CODE: _____

SCHOOL: _____ GRADE: _____ HOMEROOM: _____ ZONED SCHOOL IF OUT OF ZONE: _____

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 504 | <input type="checkbox"/> Gifted Education | <input type="checkbox"/> ESL Referral | <input type="checkbox"/> Court / Custody Documentation |
| <input type="checkbox"/> Special Education | <input type="checkbox"/> Special Education Transportation | <input type="checkbox"/> Kindergarten Survey Form | <input type="checkbox"/> Physical Provided |
| <input type="checkbox"/> Foster Care sent to Finance | <input type="checkbox"/> Currently being evaluated or in Child Study | <input type="checkbox"/> Previous Retention | <input type="checkbox"/> Immunization Record Provided |