



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO SEMINOLE FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL ESTUDIANTE

Se espera que los estudiantes hayan dado de baja de su escuela anterior antes de matricularse en la Escuela Pública del Condado Seminole.

Sección I – Debe ser completada por el padre/madre o tutor

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE – Apellido(s)		Apéndice: Jr., III etc.	Primer Nombre		Segundo Nombre
Grado de Entrada al Inscribirse	Teléfono del Hogar ()	Teléfono Móvil ()	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY) / /	Género <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)	
DIRECCION RESIDENCIAL – Número y Nombre de la calle, Dirección		# Apartamento	Ciudad		Código Postal
DIRECCION POSTAL (Si es diferente a la dirección residencial)		# Apartamento	Ciudad		Código Postal
CATEGORÍA ÉTNICA: (Mandato Federal) <input type="checkbox"/> Hispano/ Origen Latino <input type="checkbox"/> No de Origen Latino		CATEGORÍA DE RAZA: (Mandato Federal – Favor de marcar todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/a <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Isleño/a del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígenas Norteamericanos o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático			
LUGAR DE NACIMIENTO- Ciudad	ESTADO	PAÍS		PAÍS DE LA ESCUELA ANTERIOR (SI NO FUE EN EE.UU.)	
EL/LA ESTUDIANTE VIVE CON: <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre & Padrastro <input type="checkbox"/> Padre & Madrastra <input type="checkbox"/> Solo con la madre <input type="checkbox"/> Solo con el padre <input type="checkbox"/> Solo/a		Documentación Necesaria (Formulario #893) <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro _____		Estudiante de una Familia Militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A (Estudiante de Pre-K)	
INDIQUE DONDE EL/LA ESTUDIANTE VIVE: (Seleccione solo UNA opción)	<input type="checkbox"/> En una casa, apartamento, o condominio de la cual el padre/madre o tutor es propietario, es alquilado, o arrendado <input type="checkbox"/> <u>Temporalmente</u> con un familiar / con un amigo debido a la pérdida de vivienda, pérdida de empleo o dificultades económicas <input type="checkbox"/> En un refugio de emergencia o de transición <input type="checkbox"/> En un Motel o en un Hotel <input type="checkbox"/> En un Vehículo, Casa Rodante/ o Carpa				
PADRE o TUTOR <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Contacto en caso de emergencia	Nombre	Número de teléfono primario ()	Número de teléfono secundario ()	Número de teléfono de trabajo ()	
	Correo Electrónico		Patrono		
MADRE o TUTOR <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Contacto en caso de emergencia	Nombre	Número de teléfono primario ()	Número de teléfono secundario ()	Número de teléfono de trabajo ()	
	Correo Electrónico		Patrono		
Contacto en caso de emergencia adicional	Nombre	Número de teléfono ()	Relación		
PERSONA(S) AUTORIZADAS A RECOGER EL ESTUDIANTE	Nombre	Número de teléfono ()			
	Nombre	Número de teléfono ()			
HERMANOS Y/O HERMANAS AÚN ESTAN EN LA ESCUELA	Nombre	Escuela			
	Nombre	Escuela			
	Nombre	Escuela			

Nombre del estudiante: _____

ESTUDIANTES EXCEPCIONALES Y SERVICIOS DE APOYO (marque todas las opciones que aplican)	<input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual <input type="checkbox"/> Discapacidad Emocional/Comportamiento <input type="checkbox"/> Discapacidad Ortopédica <input type="checkbox"/> Lesión Traumática del Cerebro <input type="checkbox"/> Trastorno del Lenguaje <input type="checkbox"/> Sordera/Problema Auditivo	<input type="checkbox"/> Trastornos del Habla <input type="checkbox"/> Otros Impedimentos de Salud <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Discapacidad Específica de Aprendizaje <input type="checkbox"/> Impedimento Visual	<input type="checkbox"/> Superdotado <input type="checkbox"/> Trastorno del Espectro Autista <input type="checkbox"/> Discapacidades de Pre-K <input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Alguna vez el/la estudiante ha recibido servicios de educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Beca Estudiantil McKay? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El/La estudiante tiene un plan educacional individual (IEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor proporcione una copia del plan IEP
	INFORMACION DE SERVICIOS ESPECIALES Seleccione los programas o servicios que el/la estudiante ha recibido en otra escuela. <input type="checkbox"/> Plan de adaptación de la sección 504 <input type="checkbox"/> Título I				

¿El/La estudiante tiene una enfermedad o condición de la cual la escuela debería estar consciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta, Sí por favor explique: _____	¿El/La estudiante está tomando algún medicamento durante el horario escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

INFORMACIÓN DEL APRENDIZ DE INGLÉS	¿Ha estado el/la estudiante en un programa de ESOL en otra escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No NOTA: SI LA CONTESTACIÓN A UNA DE ESTAS PREGUNTAS ES SÍ, SE LE ADMINISTRARÁ LAS PRUEBAS PARA DETERMINAR SI SU DOMINIO DEL INGLÉS ES LIMITADO (ELL) Y POSIBLEMENTE SEA UBICADO(A) EN LA CLASE APROPIADA DE ESOL.		
	¿Se usa un idioma que no sea inglés en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma Nativo del Estudiante	
	¿El/La estudiante tiene un primer idioma que no sea inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Idioma que hablan los padres/tutor en el hogar?	
	¿El/La estudiante habla con mayor frecuencia un idioma que no sea inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Fecha de matriculación por primera vez en una escuela de los Estados Unidos?	¿En cual estado tomo lugar la primera matriculación escolar?
	¿El/La estudiante asistió a la escuela por 3 o más años académicos completos en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

De conformidad con el estatuto 1006.07 (1)(b), Fla. Stat., proporcione la siguiente información:		
¿Alguna vez el/la estudiante ha sido asignado(a) a un programa alternativo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es "sí", ¿cuándo? ____/____/____ (MM/DD/YYYY)
¿Alguna vez el/la estudiante ha sido expulsado(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es "sí", ¿cuándo? ____/____/____ (MM/DD/YYYY)
¿Alguna vez el/la estudiante ha sido colocado(a) en un Programa de Justicia Juvenil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es "sí", ¿cuándo? ____/____/____ (MM/DD/YYYY)
¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido un arresto que resultó en un acusación formal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es "sí", ¿cuándo? ____/____/____ (MM/DD/YYYY)
¿Alguna vez el/la estudiante ha sido referido a servicios de salud mental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es "sí", ¿cuándo? ____/____/____ (MM/DD/YYYY)

El/La estudiante completó Kindergarten? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Anteriormente e incluyendo Kindergarten, cuantos años ha estado en la escuela? _____					
El/La estudiante completó un programa de PRE- Kindergarten? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si contestó "Sí", marque el programa: <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> VPK-Escuela Pública <input type="checkbox"/> Pre-K Discapacidades <input type="checkbox"/> VPK- Escuela Privada <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____						
Indique el nombre y la dirección de las dos últimas escuelas asistidas (la más reciente primero) Si participó en Escuela en el Hogar, escriba el # asignado por el estado de FL: _____						
Nombre de la Escuela	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Numero de teléfono	Tipo
						<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
						<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
El/La Estudiante ha asistido a una escuela de Florida (K-12) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesto, "sí", escriba la más reciente abajo						
Nombre de la Escuela	Condado	Año en que se matriculó	Ultimo año que asistió	Tipo		
				<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada		
EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS, ¿USTED O ALGUIEN EN SU FAMILIA SE HA MUDADO A OTRO CONDADO O ESTADO CON EL PROPOSITO DE ENCONTRAR EMPLEO EN EL SECTOR AGRÍCOLA, SECTOR PESQUERO O SILVICULTURA?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SI LOS EXPEDIENTES DEL ESTUDIANTE APARECEN BAJO UN NOMBRE DIFERENTE DEL NOMBRE LEGAL QUE APARECE ARRIBA, POR FAVOR ESPECIFIQUE ESE NOMBRE				Nombre: _____		
CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS HAGA UNA DECLARACIÓN FALSA POR ESCRITO CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UN FUNCIONARIO PÚBLICO EN EL DESEMPEÑO DE SU FUNCIÓN OFICIAL SERÁ CULPABLE DE UN DELITO MENOR DEL SEGUNDO GRADO, CASTIGABLE SEGÚN LO DISPUESTO EN EL ESTATUTO 837.06 DE LA FLORIDA.						
Firma del padre/madre o tutor _____				FECHA: ____/____/____		

Sección II – Debe ser completada en la escuela por funcionarios						
SCPS ID #	FL ID Alias #	School Name / Number				Exemption / Year
Entry Code	Entry Date	Records Requested On	Proof of Residency	Physical Exam <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A	Immunization For 680 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	SSN Verification <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
SIGNATURE OF ADMITTING PERSONNEL			Date	Initials of Data Entry Personnel		