



Moses Lake School District
 Registración para Secundaria

ESCUELA: _____

FECHA: _____

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

Apellido(s)		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Sexo	M F	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Grado	
¿En los últimos 12 meses ha sido suspendido o expulsado el estudiante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó Sí , favor de explicar abajo: Fecha(s): _____ Razones: _____					
Correo Electrónico del Estudiante (Opcional)			Número de Celular del Estudiante (Opcional)		

INFORMACIÓN SOBRE ORIGEN ÉTNICO Y RAZA (Por favor, llene Sección 1 y Sección 2)

SECCIÓN 1: ORIGEN HISPANO O LATINO

¿Es el estudiante de origen hispano o latino? No Sí Si es que **Sí**, marque todos que apliquen:
 centroamericano/a cubano/a dominicano/a latinoamericano/a mexicano/mexicanoamericano/chicano/a puertorriqueño/a
 sudamericano/a español/a otro hispano/latino/a

SECCIÓN 2: RAZA

¿De cuál raza considera Ud. que es hijo/a? (Marque abajo todos que apliquen.)

- African American or Black (200) White (300)
AMERINDIO O NATIVO DE ALASKA (400)
 Alaska Native Chehalis Colville Cowlitz Hoh Jamestown S'Klallam Kalispel Lower Elwha Klallam Lummi Makah Muckleshoot
 Nisqually Nooksack Port Gamble S'Klallam Puyallup Quileute Quinault Samish Sauk-Suiattle Shoalwater Bay Skokomish Snoqualmie
 Spokane Squaxin Island Stillaquamish Suquamish Swinomish Tulalip Yakima Other Washington Indian Other American Indian
ASIÁTICO (500)
 Asian Indian Cambodian Chinese Filipino Hmong Indonesian Japanese Korean Laotian Malaysian Pakistani
 Singaporean Taiwanese Thai Vietnamese Other Asian
HAWAIIANO O DE OTRA ISLA PACÍFICA (600)
 Native Hawaiian Fijian Guamanian/Chamorro Mariana Islander Melanesian Micronesian Samoan Tongan Other Pacific Islander

INFORMACIÓN DEL IDIOMA DEL HOGAR

Vea encuesta de lenguaje para obtener esta información

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Tiene el estudiante alguna preocupación médica de la cual necesita saber el personal escolar? No Sí (Llene la forma **Información de Salud del Estudiante.**)

INFORMACIÓN DE ESCUELA(S) PREVIA(S)

Nombre de Escuela Previa	Ciudad y Estado de Escuela Previa
¿Ha asistido escuelas en Moses Lake anteriormente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre de Escuela(s) y Fechas de Asistencia

INFORMACIÓN DE PRIMERA FAMILIA (DONDE VIVE EL ESTUDIANTE)

Dirección del Domicilio (Incluye número de apartamento)		Ciudad, Estado, Código Postal	
Dirección de Correo (Si es diferente)		Ciudad, Estado, Código Postal	
Apellido(s) del Padre/Madre/Guardián		Apellido(s) del Padre/Madre/Guardián	
Primer Nombre		Primer Nombre	
Primer () Celular () Trabajo () Otro Teléfono	Segundo () Celular () Trabajo () Otro Teléfono	Primer () Celular () Trabajo () Otro Teléfono	Segundo () Celular () Trabajo () Otro Teléfono
Tercer () Celular () Trabajo () Otro Teléfono	Relación al Estudiante	Tercer () Celular () Trabajo () Otro Teléfono	Relación al Estudiante
Correo Electrónico Del Padre/Madre/Guardián		Correo Electrónico Del Padre/Madre/Guardián	

INFORMACIÓN DE SEGUNDA FAMILIA (DONDE NO VIVE EL ESTUDIANTE) (Si aplica)Dirección del Domicilio
(Incluye número de apartamento)Ciudad, Estado,
Código PostalDirección de Correo
(Si es diferente)Ciudad, Estado,
Código PostalApellido(s) del
Padre/Madre/GuardiánApellido(s) del
Padre/Madre/GuardiánPrimer
NombrePrimer
NombrePrimer ()Celular ()Trabajo ()Otro
de TeléfonoSegundo ()Celular ()Trabajo ()Otro
TeléfonoPrimer ()Celular ()Trabajo ()Otro
TeléfonoSegundo ()Celular ()Trabajo ()Otro
TeléfonoTercer ()Celular ()Trabajo ()Otro
TeléfonoRelación
al EstudianteTercer ()Celular ()Trabajo ()Otro
TeléfonoRelación
al EstudianteCorreo Electrónico
Del Padre/Madre/GuardiánCorreo Electrónico
Del Padre/Madre/Guardián**INFORMACIÓN DE HERMANO(S)**¿Tiene el alumno hermanos en otras escuelas de Moses Lake? No Sí Favor de anotar abajo:

Nombre de Hermano/a: _____ Escuela: _____

Nombre de Hermano/a: _____ Escuela: _____

Nombre de Hermano/a: _____ Escuela: _____

AUTORIZACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIALas siguientes individuales pueden sacar al estudiante de la escuela con permiso escrito del padre/madre/guardián **O** en caso de una emergencia el personal escolar les contacte. En caso de un accidente o enfermedad, se va a hacer todo posible contactar al padre/madre/guardián **primero**.

Iniciales de Padre/Madre/Guardián: _____

PRIMER CONTACTO DE EMERGENCIA
(Aparte de los padres/guardianes)

Apellido(s)

Primer
NombrePrimer ()Celular ()Trabajo ()Otro
de TeléfonoSegundo ()Celular ()Trabajo ()Otro
TeléfonoTercer ()Celular ()Trabajo ()Otro
TeléfonoRelación
al Estudiante**SEGUNDO CONTACTO DE EMERGENCIA**
(Aparte de los padres/guardianes)

Apellido(s)

Primer
Nombre

Primer ()Celular ()Trabajo ()Otro de Teléfono

Segundo ()Celular ()Trabajo ()Otro
TeléfonoTercer ()Celular ()Trabajo ()Otro
TeléfonoRelación
al Estudiante**TERCER CONTACTO DE EMERGENCIA**
(Aparte de los padres/guardianes)

Apellido(s)

Primer
NombrePrimer ()Celular ()Trabajo ()Otro
de TeléfonoSegundo ()Celular ()Trabajo ()Otro
TeléfonoTercer ()Celular ()Trabajo ()Otro
TeléfonoRelación
al Estudiante**PROGRAMAS/SERVICIOS ESPECIALES**¿El estudiante ha recibido clases especiales o educación especial dentro del ultimo año? No Sí Si es que **SÍ**, marque todos los que apliquen: Inglés como Segundo Idioma Talentoso Terapia Física Clase Separada Salón de Recursos Terapia del Habla Título I Matemática Título I Lectura Plan de 504 Otro: _____**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE FOTO**

Al estudiante posiblemente le pueden sacar una foto para inclusion en: publicaciones del Distrito, el sitio de Internet del Distrito, y/u otros sitios relacionados al Distrito; el periódico, artículos de revistas, y/o cartas relacionadas a actividades escolares. Favor de escoger una de las siguientes opciones:

 Sí, doy mi permiso de usar las fotos. **No**, no doy mi permiso de usar las fotos.**FIRMA DE PADRE/MADRE/GUARDIÁN**

Firma: _____

Fecha: _____

OFFICE USE ONLY Proof of Birth Date on file Proof of Residency verified (Initials _____)