



WINDLAKE
ACADEMY

A program of Seeds of Health, Inc.



Windlake Academy
1445 South 32nd Street
Milwaukee, WI 53215
tel 414.672.0726
fax 414.672.2019

Student Enrollment Form

Student Information:

Last Name: _____ First Name: _____

Address: _____ Zip: _____

Home Phone Number: _____ Date of Birth: _____

Sex: Male Female

Enrolling in grade (circle one) 4th 5th 6th 7th 8th

Parent/Guardian 1 Information:

Last Name: _____ First Name: _____

Address: _____ Zip: _____

Home Phone Number: _____ Cell Phone Number: _____ Work Phone Number: _____

Email address: _____

Parent/Guardian 2 Information:

Last Name: _____ First Name: _____

Address: _____ Zip: _____

Home Phone Number: _____ Cell Phone Number: _____ Work Phone Number: _____

Email address: _____



**WINDLAKE
ACADEMY**

A program of Seeds of Health, Inc.



Windlake Academy
1445 South 32nd Street
Milwaukee, WI 53215
tel 414.672.0726
fax 414.672.2019

Formulario de Inscripción del Estudiante

Información del Estudiante:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: _____ Código de Área: _____

Teléfono Casa: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino

Inscripción en grado (encierre uno) 4° 5° 6° 7° 8°

Información Padre/ Acudiente1:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: _____ Código de Área: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____
Casa Celular Trabajo

Dirección de Correo Electrónico: _____

Información Padre/ Acudiente 2:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: _____ Código de Área: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____
Casa Celular Trabajo

Dirección de Correo Electrónico: _____

Esta institución se atiene a proveer igualdad de oportunidades.