



Información sobre la inscripción

Solo los estudiantes cuyo padre o tutores legales residen, en New Rochelle pueden inscribirse en las escuelas de nuestro distrito. Los estudiantes asisten la escuela de acuerdo con su área de residencia, excepto en el caso de los estudiantes de los programas Magnet. Las pruebas de residencia deben presentarse de acuerdo con la política del distrito. Si la persona que inscribió al niño (a) no figura como padre él/ella debe proporcionar una copia de los siguiente al momento de la inscripción: Orden Judicial Nombrado "Padre por Adopción", "Tutor legal", "Orden de Custodia o Declaración Jurada de Custodia".

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA: Fecha de Inscripción: _____
Fecha de Inicio: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
¿Fue a la escuela en su país?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿qué grado(s) curso? _____
Idioma que se habla en casa: _____

Grado que cursa el estudiante: _____ Último grado que curso: _____ ¿Cuándo? _____
Nombre y dirección de la última escuela: _____
Teléfono (Persona que pueda dar información, si la hubiese): _____
El estudiante asistió a la escuela en New Rochelle?: ¿Cuándo? _____ Dónde? _____
Domicilio de estudiante: _____ calle y no. Apto # ciudad estado código postal
No. (s) de teléfono particular(es): _____

Parent 1 Nombre: _____ Lugar de nacimiento: _____
Domicilio del padre: _____ calle y no. ciudad estado código postal
Email: _____
Teléfono casa: _____ el trabajo: _____ móvil : _____
Profesión : _____ Empleador: _____
Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>

Parent 2 Nombre: _____
Lugar de nacimiento: _____
Domicilio de la madre: _____ calle y no. ciudad estado código postal
Email: _____
Teléfono casa: _____ el trabajo: _____ móvil : _____
Profesión : _____ Empleador: _____
Estado civil Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/>

Nombre del tutor o custodio (si no es uno de los padres): _____
Domicilio: _____ calle y no. ciudad estado código postal
Parentesco con el estudiante: _____
Email : _____
Teléfono casa: _____ el trabajo: _____ móvil : _____
Profesión : _____ Empleador: _____



Indique más abajo los nombres COMPLETOS de todos los demás hijos				
Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Escuela la que asiste	Grado

Domicilio anterior del estudiante: _____
calle y no. ciudad estado código postal

Teléfono anterior del estudiante: _____

¿Su hijo recibe un plan especial de enseñanza (I.E.P.) de Educación Especial? Sí No

Indique a qué escuelas asistió su hijo cuando :		
GRADO	ESCUELA/LOCALIDAD	FECHAS DE ASISTENCIA
Preescolar		
Jardín de infantes		
grado		
2 ° grado		
3 ° grado		
4 ° grado		
5 ° grado		
6 ° grado		
7 ° grado		
8° grado		
9 ° grado		
10 ° grado		
11 ° grado		
12 ° grado		

SERVICIOS	*	GRADO(S) EN QUE SE RECIBIERON ESOS SERVICIOS
Inglés como Segundo idioma	<input type="checkbox"/>	
Clase bilingüe	<input type="checkbox"/>	
Ayuda /lab. de lectura	<input type="checkbox"/>	
Aula de recursos	<input type="checkbox"/>	
Dicción / lenguaje	<input type="checkbox"/>	
Terapia física / ocupacional	<input type="checkbox"/>	
Enseñanza especial	<input type="checkbox"/>	
Grupo de ayuda y socialización	<input type="checkbox"/>	
Repito un grado	<input type="checkbox"/>	
Recomendación de repetir un grado	<input type="checkbox"/>	
Otros servicios (describir)	<input type="checkbox"/>	

Opcional-Marque lo que corresponda:		
Padre		Madre
<input type="checkbox"/>	Indio Americano de EE.UU.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Asiático/de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hispano or Latino	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Afroamericano	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Caucásico	<input type="checkbox"/>

***MARQUE LO QUE CORRESPONDA**

Dr. Laura Feijóo
Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801



Nombre del estudiante: _____

Contacto de emergencia: _____

Relación con el estudiante: _____

Teléfono casa: _____ el trabajo: _____ móvil : _____

Email(s): _____

FIRME EN PRESENCIA DEL PERSONAL DE LA ESCUELA EN LA REGISTRACION :

Imprimir Nombre del padre o tutor que llena el formulario

Firma del padre o tutor que llena el formulario

Fecha