

FORMA PARA LA MATRICULACION EN EL DISTRITO ESCOLAR DEL AREA DE BERWICK

Información del Estudiante:

Fecha de Matriculación: \_\_\_\_\_

# de ID: \_\_\_\_\_

# de ID Seguro de PA: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: Diferente de Casa: \_\_\_\_\_

Circule uno (opcional): Etnia: (1) No, no Hispano ni Latino (2) Sí, Hispano o Latino

Raza: (1) Indio Americano/a; (2) Asiático/a; (3) Afroamericano/a; (4) Isleño/a del Pacífico; (5) Blanco/a; (6) Múltiple- raza  
\*\*\*\*\*

Residencia: ( ) Casa suya ( ) Renta ( ) Vive con otra familia ( ) Sin casa ni hogar

Prueba de Residencia: ( ) Arrendamiento ( ) Factura de electricidad ( ) Licencia de Conducir (con dirección corriente) ( ) Otro \_\_\_\_\_

Municipio: ( ) BB ( ) ST ( ) NB ( ) NT ( ) HT ( ) BCB ( ) BCT Condado: ( ) Columbia ( ) Luzerne

El/La niño/a vive con: ( ) Los Dos Padres ( ) Madre ( ) Padre ( ) Madrastra ( ) Padrastro ( ) Padre Adoptivo ( ) Guardián ( ) Su mismo

Información del Padre: \_\_\_ Casados \_\_\_ No Casados \_\_\_ Separados \_\_\_ Divorciados

Nombre

Dirección

Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Empleo

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Los Hermanos: (viviendo en la casa)

Nombre Completo: Preescolar F de N Lugar de Nacimiento Escuela Grado

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

¿Asistió su niño/a nuestro distrito previamente? Sí / No

Recibe su niño/a algún programa de Educación Especial: Sí / No (LS; ES; LSS; Discurso; Talento; Título 1 Leyendo o Matemáticas) (Si es así) Indique el Tipo de Servicio Recibido: \_\_\_\_\_

Tiene el niño/a algún problema médico o físico: Sí / No (Si es así) Indique el Problema Médico/Físico: \_\_\_\_\_

Toma su niño/a alguna medicación: Si / No (Si es así) Indique la Medicación y Dosis \_\_\_\_\_

**FORMA PARA LA MATRICULACION EN EL DISTRITO ESCOLAR DEL AREA DE BERWICK**

Idioma Primario hablado en casa: ( ) Ingles ( ) Español ( ) Alemán ( ) Ruso ( ) Otro: \_\_\_\_\_

¿Estaba su niño/a en El Programa de Inglés Como Segundo Idioma previamente? ( ) Sí ( ) No

¿Hablan/Comprenden Padres Ingles? ( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

Recibe su familia cualquiera del siguiente:

( ) Seguridad Social ( ) Asistencia Pública ( ) Asistencia Medico ( ) Cupones de Alimentos ( ) Tarjeta de ACCESS/Medica

¿Tiene su familia seguro médico para el/la estudiante por el trabajo?: ( ) Sí ( ) No

\*\*\*\*\*

**Información de la Escuela Previa:**

Distrito Escolar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ # de Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tiene el/la estudiante copia de notas: ( ) Sí ( ) No \_\_\_\_\_

Tiene el/la estudiante copia de inmunizaciones: ( ) Sí ( ) No \_\_\_\_\_

**OFICINA: Contact previous school to verify grade, if student was in regular classes, receiving any special services, behavior concerns and shot information (if needed).**

Comments from previous school: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA FORMA ES CORRECTA Y VERDADERA SEGÚN MI SABER Y ENTENDER.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

**SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA:**

**Building:** \_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_\_ **HR Tchr:** \_\_\_\_\_ **Homeroom:** \_\_\_\_\_

**Entry Code:** \_\_\_\_\_ **Entry Date:** \_\_\_\_\_ **School Day:** \_\_\_\_\_ **Days Membership:** \_\_\_\_\_

**Busing Information: Bus/Run/Stop:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Check Off When Completed:**

- ( ) Computer
- ( ) Building Notified
- ( ) Homeroom Count
- ( ) Homeroom List
- ( ) CCR Card
- ( ) Permanent Record Jacket
- ( ) Tracking Done
- ( ) NutriKids
- ( ) Busing
- ( ) PA Secure ID

**Copies of Student Form to:**