

Check documents attached

Residence Verification
Residency Affidavit
Parent/Guardian ID
Pre K State funded Private Non -Profit Social



Birth Certificate/Verification
GA Immunization
Eyes, Ears, Dental
Security# or Waiver
Registrar Initials

GAINESVILLE CITY SCHOOLS

UN GAINESVILLE: Nosotros inspiramos, nutrimos, desafiamos, y preparamos nuestros estudiantes.

Fecha de hoy: Fecha de inicio: Año Escolar: Escuela Asignada:

Nombre del Estudiante 1: Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Idioma:
¿Qué idioma su hijo entiende y habla mejor?
¿Qué idioma su hijo habla con mayor frecuencia en el hogar?
¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos del hogar cuando hablan con el niño?

Edad que aprendió inglés Fecha que entró a las escuelas de EU Nivel de Grado Escuela Previa
Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento SS# Genero Femenino Masculino
Etnica: No Hispano/Latino Raza: Blanco Asiático Indio americano o Nativo de Alaska
Si Hispano/Latino Negro/Africano Americano Hawaiano o Isleño del Pacifico

Ha asistido a escuelas en: GA Si No -Gainesville City Schools Si No Fecha que entró a 9no grado
Programas: Dotado Educación Especial Habla RTI 504 EIP
Medicinas durante horas de escuela Si No Nombre de medicina Proveedor de asistencia medica
Transportación am autor pm auto am autobús pm autobús Programa después de la escuela Guardería pm

Nombre del Estudiante 2: Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Idioma:
¿Qué idioma su hijo entiende y habla mejor?
¿Qué idioma su hijo habla con mayor frecuencia en el hogar?
¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos del hogar cuando hablan con el niño?

Edad que aprendió inglés Fecha que entró a las escuelas de EU Nivel de Grado Escuela Previa
Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento SS# Genero Femenino Masculino
Etnica: No Hispano/Latino Raza: Blanco Asiático Indio americano o Nativo de Alaska
Si Hispano/Latino Negro/Africano Americano Hawaiano o Isleño del Pacifico

Ha asistido a escuelas en: GA Si No -Gainesville City Schools Si No Fecha que entró a 9no grado
Programas: Dotado Educación Especial Habla RTI 504 EIP
Medicinas durante horas de escuela Si No Nombre de medicina Proveedor de asistencia medica
Transportación am autor pm auto am autobús pm autobús Programa después de la escuela Guardería pm

Nombre del Estudiante 3: Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Idioma:
¿Qué idioma su hijo entiende y habla mejor?
¿Qué idioma su hijo habla con mayor frecuencia en el hogar?
¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos del hogar cuando hablan con el niño?

Edad que aprendió inglés Fecha que entró a las escuelas de EU Nivel de Grado Escuela Previa
Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento SS# Genero Femenino Masculino
Etnica: No Hispano/Latino Raza: Blanco Asiático Indio americano o Nativo de Alaska
Si Hispano/Latino Negro/Africano Americano Hawaiano o Isleño del Pacifico

Ha asistido a escuelas en: GA Si No -Gainesville City Schools Si No Fecha que entró a 9no grado
Programas: Dotado Educación Especial Habla RTI 504 EIP
Medicinas durante horas de escuela Si No Nombre de medicina Proveedor de asistencia medica
Transportación am autor pm auto am autobús pm autobús Programa después de la escuela Guardería pm

**Información del adulto matriculando: (padre/Guardián 1)** (El adulto matriculando el estudiante debe firmar en la parte inferior del formulario para realizar la inscripción.) **Note:** El niño debe residir principalmente con el adulto matriculando.

Nombre del adulto matriculando: \_\_\_\_\_ \*\*relación con el estudiante \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre \*\* Si no es el padre, la madre, o el tutor legal Forma JBC-7  
debe ser completado (Junta Estatal de Educación artículo 160-5-1-28)

Estudiante vive con:  Ambos padres  Padre  Madre  Abuelo(s)  Guardián(s)  Padre(s) adictivo(s)  Solo  Otro familiar  
Estado civil:  Casado  Separado  Divorciado  Soltero Primer idioma del adulto matriculando \_\_\_\_\_

**Dirección de propiedad**

**Dirección postal**

Calle Apt# Calle Apt#  
Ciudad Código Postal Ciudad Código Postal  
Teléfono del hogar #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo# \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_  
Ocupación/Empleo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**ALUMNO McKENNEY-VENTO/ENCUESTA DE FAMILIA MATRICULANDO**

Usted:  Tiene casa propia  Renta (**PARE** - NO es necesita completar esta sección)

**Si su familia:**

- Está alojado en un hogar de refugio (Familiar de violencia doméstica, u hogar de jóvenes temporal, etc.
- Temporariamente viviendo en hotel/motel, falta de alternativas de vivienda.
- Está viviendo en un auto, parque, campamento, un edificio abandonado, u otro alojamiento inadecuado.
- Jóvenes no acompañados (viviendo solo sin padre o tutor legal)

\*\*\* Comparte residencia con otra familia. Si es debido a la pérdida de hogar dificultad económica, o razón similar.  Si  No

\*\*\*Forma JBC-8 puede ser necesaria para prueba de residencia (Junta Estatal de Educación artículo 160-5-1-28) Nombre del familiar/propietario: \_\_\_\_\_

No tiene donde pasar la noche

**ENCUESTA DE OCUPACION DE PADRES**

¿Se han mudado para trabajar en otra ciudad, condado, estado o país en los últimos 3 años?  Sí  No

Si su respuesta es "sí" ¿en qué fecha llegaron a la ciudad/pueblo donde viven actualmente? \_\_\_\_\_

¿Alguien en su familia trabaja o ha trabajado en una de las siguientes ocupación en forma permanente o temporal en los últimos 3 años? (Marque todos lo que aplique)

- Agricultura (sembrando/ cosechando vegetales o frutas)  Lechería o ganadería  Pesca o criando pescado
- Sembrando o cortando árboles/juntando paja de pino  Empacando/procesando de carne, pollo o mariscos
- Procesado/empacando productos agrícolas  Otros (favor de especificar ocupación) \_\_\_\_\_

**ENCUESTA DE SERVICIO MILITAR**

¿Este Padre/guardián legal actualmente está trabajando en servicio militar de tiempo completo?  Sí  No

**INFORMACION MEDICA**

En el evento de que suceda una emergencia médica el Distrito transportara al estudiante a salas de emergencia para tratamientos. Padres o tutores legales tendrán que asumir la responsabilidad Por todos los gastos incurridos. Yo prefiero que mi hijo(a) sea transportado al Hospital \_\_\_\_\_ para tratamiento médico.

**INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

Información de Contacto Adicional (#2): \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Apellido Nombre Segundo Nombre  
Dirección (si es diferente a la del Padre/encargado #1): \_\_\_\_\_

Teléfono hogar #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo #: \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

Ocupación/Empleo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Padre/Guardián #2 está autorizado para recoger en caso de emergencia si persona matriculando al estudiante no esté disponible:  Yes  No

En caso de emergencia se autoriza a las personas indicadas para recoger al estudiante en caso de que la persona matriculando al estudiante no está disponible.

Nombre	Parentesco	Teléfono primordial	Celular

La siguiente persona /s NO ESTAN autorizadas de recoger al estudiante de la escuela: \_\_\_\_\_  
Por Favor Note que esta n incluye personas que están bajo la autoridad de protección de niños y ordines judiciales que pudieran ser diferentes de sus preferencias.

Firma de Adulto Matriculando \_\_\_\_\_ Nombre de Adulto Matriculando en Letra de Molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*Un padre/tutor que se oponga a la incorporación del número de la seguridad social en los registros escolares de un niño puede tener la obligación de renunciar a firmar una declaración opiniéndose a la obligación (Forma JBC-6) (O.C.G.A. § 20-2-150)