

Grado: _____ Gervais ES Gervais MS Gervais HS Samuel Brown Academia

Preschool AM (8:00 – 11:00) Preschool PM (12:00 – 3:00) Daycare

¿Anteriormente ha asistido su hijo al Distrito Escolar de Gervais? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	Sí, que mes y año.
Escuela anterior (Ciudad y Estado):	Fecha de último día:

Programas especiales: ¿Conoce si su hijo ha recibió alguno de los siguientes servicios?
 IEP/SPED Habla/Lenguaje TAG Apoyo de lectura 504 ELL

INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE:	
Apellido:	Nombre de Pila:
Segundo nombre:	Nombre preferido:
Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> X
Ciudad de nacimiento:	Estado de nacimiento:

INFORMACIÓN DE TELÉFONO Y DIRECCIÓN:											
Teléfono:				-				-			
Correo electrónico:						¿Cuál es la dirección postal?: (<input type="checkbox"/> Igual que la dirección física)					
¿Cuál es la dirección de tu casa?:											
Calle:			PO BOX:			Ciudad:					
Ciudad:		Estado:		Código:		Estado:		Código:			

ETNICIDAD DE ESTUDIANTE:	
Es Hispano o Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico	
Idiomas en el hogar: (Por favor, seleccione)	
Idioma del alumno:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro: _____
Idioma de los padres:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro: _____
Idioma de correspondencia:	<input type="checkbox"/> Inglés o <input type="checkbox"/> Español (Elija sólo una)

INFORMACIÓN MÉDICA/ALERGIA:		
¿Su hijo/a tiene alguna condición médica o alergias?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - por favor complete el formulario de Historia de Salud.	
Nombre de la Clínica:	Teléfono:	
Nombre de Seguro de salud	#ID	#Grupo

ESTUDIANTE MILITAR CONECTADO: En cualquier momento durante el año escolar, el estudiante tiene un padre o tutor que es miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo o Guardia Nacional de tiempo completo. Por favor marque uno: Sí No

CONFERENCIAS:	
Preferencia de Idioma de la Conferencia:	<input type="checkbox"/> Inglés o <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros: _____
Horario de Preferencia de Conferencia:	<input type="checkbox"/> 12:00 – 3:00 pm o <input type="checkbox"/> 4:00 – 7:30 pm (Elija sólo una)

