



Aplicación del Estudiante

La Lista de Verificación de Matriculación

Fecha _____

Nombre del Estudiante _____

Adulto matriculando al estudiante _____

Parentesco al estudiante _____

Hogar _____ Trabajo _____ Celular _____

Por favor de verificar la siguiente documentación necesaria para la matriculación:

DOCUEMNTOS NECESARIOS	Sí	No	Fecha Recibida	Comentarios
(2) Pruebas de Residencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
El Certificado de nacimiento con el nombre del Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Tarjeta de Seguridad Social del estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Registro de inmunización (GA 3231)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Registro de la Visión, Audición y Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Foto/Identificación del Padre/Tutor(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Prueba de Tutor(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Registro estudiantiles/calificaciones/transcripciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Condiciones especiales: Por favor verifique todo que aplica.

- Vivienda
- El Cuidado Adoptivo(a)
- Mi niño recibe servicios educativos especiales
- Inglés no es mi idioma primario en mi casa
- Otro

Por Favor de no escribir debajo de esta línea

Comentarios _____

FLA Estafe

Fecha



Formulario de Información del Estudiante

Solamente Para Uso de la Escuela

Completo Fecha _____

Fecha de Matriculación _____

Incompleto Fecha _____

Grado _____

Número de Identificación Estudiantil _____

Número de la Aula del Curso _____

Maestro _____

Fecha de Matriculación en la Escuela de EEU (Si es aplicable) _____ Servicios _____

1. Nombre del Estudiante

--	--	--	--

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

--	--	--	--

2. Padre/Tutor(a)

--	--	--	--

Apellido

Nombre

--	--	--	--

Parentesco al Estudiante

--	--	--	--

Apellido

Nombre

--	--	--	--

Parentesco al Estudiante

--	--	--	--

3. Raza: Por favor verifique.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> A. Asiático Isleño de Pacífico | <input type="checkbox"/> C. Blanco (No Hispano) | <input type="checkbox"/> I. Indio Indígena |
| <input type="checkbox"/> B. Negro (No Hispano) | <input type="checkbox"/> H. Hispano(a) | <input type="checkbox"/> M. Multirracial |

4. Fecha de Nacimiento del Estudiante

--	--	--	--

Mes Día Año

5. Dirección

--	--	--	--

Nombre y Número de la Calle

--	--	--	--

Ciudad

Código Postal



10. Información de Custodia: (Verifique Uno)

1. ¿Es Ud. los padres/tutor(a) biológica? Sí No
2. ¿Existe documentación de custodia en la corte para este niño? Sí No
3. Si es así. ¿Proporcionó usted esta información a la escuela? Sí No
4. ¿Tiene el estudiante más de 18 años de edad? Sí No

11. Información de Matriculación

¿Fue matriculado el estudiante anteriormente en el Sistema Escolar del Condado de Fulton? Sí No

Si es así. Por favor de listar la escuela, el año y duración: _____

Si es no. Por favor de listar el sistema escolar, nombre de la escuela, el año y duración: _____

12. Razón por Matricula: Verifique uno:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estudiante Intermedio Entrante | <input type="checkbox"/> Traslado de otro CCPS (U) |
| <input type="checkbox"/> Traslado de una escuela privada (P) | <input type="checkbox"/> Traslado de otro estado o condado (O) |
| <input type="checkbox"/> Traslado de escuela de hogar (A) | <input type="checkbox"/> Nunca asistió a escuela anteriormente |
| <input type="checkbox"/> Reingreso a la escuela después de enfermedad (S) | <input type="checkbox"/> Reingreso a la escuela por otra razón (R) |
| <input type="checkbox"/> Reingreso a la escuela este año | <input type="checkbox"/> Traslado de otra escuela pública en Georgia |

El nombre de la escuela anterior

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

¿Fue esto una escuela alternativa o un establecimiento alternativa? Sí No

13. Programas con Requisitos Especiales

¿Recibe este estudiante servicios educativos especiales/tiene un Plan Educativo (EP) individual corriente? Sí No

Si, es así. Por favor de verificar el área(s) de servicio que su niño recibió.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problema de la Vista | <input type="checkbox"/> Incapacidad de Aprender | <input type="checkbox"/> Incapacidad del Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Impedimento del Habla _____ Gravemente
 Problema de la Audición _____ Otro (Por favor especifique) Moderadamente
 Ligeramente

¿Recibió este estudiante servicios especiales de apoyo? Sí No Sí, es así, por favor de verificar los servicios apropiados.

Talentoso(a) Temprano (EIP) Inglés para Hablantes de otro idiomas (ESOL) Programa de Intervención

14. Expulsión

¿Está este estudiante bajo una orden de expulsión o suspensión de esta escuela o otro sistema de escuela . Sí No

¿Jamás ha sido expulsado el estudiante? Sí No

La razón por la expulsión _____

Sistema de Escuela _____ La fecha de expulsión/Suspendido _____

15. Información de Salud

Enfermedades Graves _____ Incapacidades Físicas _____

Alergias _____

Información adicional sobre la información anterior, la medicina, o cualquier otra condición de salud que es importante a la escuela.

16. Información de emergencia en caso que no podemos comunicarse con los padres/tutores.

Persona con quien comunicarse _____

Parentesco al Estudiante _____ Número de Teléfono _____

¿Puede la escuela llamar al 911? Sí No (Por favor notar que la respuesta "No" a esta pregunta requerirá notificar a las autoridades legales.)

Nombre del Doctor _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

The Fulton Leadership Academy, Inc.



Información de Seguro _____

(Yo) consiento al Faltón Leadership Academy, Inc. de tomar todos los pasos necesarios para preservar la salud de mi niño. Comprendo que la salud y el bienestar de mi niño son importantes y que la posibilidad de ser transportado por servicios ambulatorios puede ocurrir. Comprendo que Fulton Leadership Academy, Inc., sus agentes, los sucesores y o asignados asume ninguna responsabilidad financiera por acciones tomadas para preservar y proteger a la salud y el bienestar de mi niño.

Firma del Padre/Tutor _____ Nombre en letra de Imprenta _____

17. Hay otros niños viviendo en esta dirección.

<u>Apellido</u>	<u>Primer Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Grado</u>

18. El Consentimiento Paternal por lo siguiente: Verifique por favor.

Doy consentimiento a Fulton Leadership Academy, Inc. utilizar la fotografía de mi niño en publicaciones. Sí No

Doy consentimiento para el uso del Internet a mi niño. Sí No

La persona que completa el formulario Nombre Legal _____

Letra de Imprenta _____

Firma

Fecha