REV.3/2018

# DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE BRAZOSPORT
# FORMA DE MATRÍCULA

*****Por favor proporcione toda la información***

**AÑO ESCOLAR:** _____

ID del estudiante _____ ***Nombre legal del estudiante*** Fecha de matrÍcula _____

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____ Generación (Jr. II, III etc) _____

***Información de nacimiento***

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ Lugar de nacimiento _____ ☐ Masculino ☐ Femenino Sexo (marque uno) Edad al 1° de sept. _____

***Dirección física del estudiante***

# _____ Calle _____ Apt # _____ Ciudad _____ Teléfono de la casa _____

Dirección donde recibe el correo (si es diferente de la dirección física) _____

*(Indique marcando la casilla correcta) Quiero que mi dirección y número de teléfono se mantengan privados* ☐ SI ☐ NO

Por favor marque este cuadro si el estudiante vive con usted. ☐

**Madre/Tutor** (circule uno) _____ Dirección: _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____ Correo electrónico _____

**Padre/Tutor** (circule uno) _____ Dirección: _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____ Correo electrónico _____

**Madrastra** (si aplica) _____

Teléfono de la casa Teléfono del trabajo Teléfono celular Correo electrónico _____

**Padrastro** (si aplica) _____

Teléfono de la casa Teléfono del trabajo Teléfono celular Correo electrónico _____

Nombre de la última escuela a la que asistió: _____ Nombre de la escuela _____ Ciudad, Estado

Grado escolar actual: _____ (Se requiere copia no oficial de estudios si el estudiante está en los grados 9 al 12)

¿Ha asistido el estudiante **ALGUNA VEZ** a una escuela en el Distrito Escolar Independiente de Brazosport (marque uno): ☐ **SI** ☐ **NO**

Si marcó **SI**, por favor proporcione la siguiente información: _____ Escuela _____ Grado escolar _____ Año

****** Por favor complete el frente y el reverso de esta forma, y de igual manera TODAS las formas en este paquete ******

Por favor liste abajo los nombres y las edades de TODOS los niños menores de 18 años que viven en su hogar:

| Apellido/Nombre | Escuela a la que asiste | Grado escolar |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

En caso que no se pueda localizar a los padres o personas nombradas en esta forma, autorizo a los administradores de BISD a tomar cualquier acción que se considere necesaria.

No consideraré a BISD económicamente responsable por el cuidado de emergencia y/o transporte.

Si el estudiante necesita transportarse a casa, al doctor, al dentista, o a la casa de un pariente o amigo, autorizo a las siguientes personas para hacerlo (estas personas también pueden listarse como contactos):

| Nombre | Relación con el estudiante | Teléfono de la casa | Teléfono celular | Teléfono del trabajo |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Documentos necesarios al momento de matricular:**

- ☐ Copia del acta de nacimiento del estudiante
- ☐ Copia de la tarjeta del seguro social
- ☐ Copia de la licencia de manejar de la persona que está matriculando al estudiante
- ☐ Copia de comprobante de residencia (recibos de servicios, arrendamiento, etc.)
- ☐ Copia de los documentos de tutoría legal (si aplica)
- ☐ Copia de la forma de retiro de la escuela anterior
- ☐ Registro de vacunas
- ☐ Comprobante de ingresos para Pre-K (talón de cheque más reciente)

Por favor indique si el niño **ALGUNA VEZ** ha recibido servicios en alguno de los siguientes programas:

| Programa | Si o No | ¿Cuándo?(si aplica) |
|---|---|---|
| Educación Especial | | |
| 504 | | |
| Dislexia | | |
| Bilingüe/ESL | | |
| Migrante | | |
| Habilidad y Talento | | |

| Por favor conteste lo siguiente para ayudarnos a colocar al estudiante apropiadamente. | Si o No | ¿Cuando?(si aplica) |
|---|---|---|
| ¿Estuvo el estudiante asignado en un centro de educación alternativo en la escuela anterior? | | |
| ¿Ha sido expulsado el estudiante alguna vez? | | |
| ¿Ha reprobado el estudiante alguna vez? | | |
| ¿Tiene el estudiante una acción disciplinaria pendiente en la escuela anterior? | | |
| ¿Tiene el estudiante algún problema físico que pueda limitar la educación física? | | |
| Si su respuesta es afirmativa, por favor explique: | | |

***Afirmo que la información es correcta y verdadera.***

Firma del padre/Tutor _____ Fecha _____