

WILLIAM S. HART UNION HIGH SCHOOL DISTRICT FORMA PARA INSCRIPCIÓN

Escuela _____ Fecha de Inscripción _____

Nombre legal del alumno _____ (Apellido) _____ (Primero) _____ (Segundo) Hombre _____ Mujer _____

Residencia: _____ (Domicilio) _____ Ciudad _____ Código postal _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de hogar _____ Año Escolar _____ Ciudad de nacimiento _____ Estado de nacimiento _____

País de nacimiento _____

¿Si nació fuera de los EE.UU., los padres estaban en la EE.UU. militar, misionero, o el servicio diplomático? Sí _____ No _____

¿El estudiante es Hispano o Latino? Sí _____ No _____

Seleccione uno o más de las razas siguientes. Utilice un número 1 para indicar la raza principal.

- ___ Otra asiático ___ Filipino ___ Japonés ___ Samoano
___ Negro/ Afroamericano ___ Guadañan ___ Coreano ___ Tahitiano
___ Chino ___ Hmong ___ Laoisiano ___ Vietnamés
___ Camboyano ___ Indigno norte amer./ ___ Hawaiano ___ Blanco
___ Indio de origen asiático ___ Nativo de Alaska ___ Otro islandés pacifico

Nombre de la ultima escuela que asistió _____ Numero telefónico _____

Dirección de la escuela _____

Ultimo día de asistencia _____ Programa especiales (i.e., RS, SC, Inteligente, ELA) _____

Ha asistido en el Distrito de Wm. S. Hart antes? ___ Cuando asistió? _____ Nombre de escuela _____

El estudiante vive con: (Favor de marcar todo pertinente)

___ Madre ___ Padre ___ Madrastra ___ Padrastro ___ Guardián (tutor) ___ Proveedor de Cuidado ___ Padres Acogedores (foster)

Nombre de los señalados: 1. _____ 2. _____

Relación al alumno: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono Celular: _____

Ocupación: _____

Dirección de correo electrónico: _____

El nivel más alto de educación del padre o tutor:

- ___ No termino la preparatoria ___ Tomo algunas clases universitarias ___ Doctorado
___ Graduó de la preparatoria ___ Graduó de la universidad ___ No deseo contestar

Firma de Padres/Guardián Residente _____ Fecha _____

Nombre de Padre/Madre biológico que no vive en la misma residencia (OPCIONAL):

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado Código Postal: _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____

Tarjeta de calificaciones adicional?: _____ Si _____ No

- FOR OFFICE _____ Consejero _____ Vacunas _____ Expediente Pedido
USE ONLY _____ Primer Idioma _____ Comprobante de Residencia _____ Categoría de Asistencia