

Solo para la Oficina Nombre y Código de la escuela: _____ Fecha de ingreso a la escuela: ____ / ____ / ____
 ID del Distrito Escolar del Estudiante _____ Identificación estatal del estudiante (SSID): _____

El padre o guardián legal entregó copia de la orden judicial Sí ___ No ___ Fecha de recibo: ____ / ____ / ____



FORMULARIO DE MATRÍCULA K-12 DEL DISTRITO ESCOLAR DE ANCHORAGE (ASD)
El padre o tutor legal debe llenar las secciones I-V. Escriba de forma legible con bolígrafo negro o azul

I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE				
1. Apellido legal del estudiante:	Primer nombre legal del estudiante:	Segundo nombre del estudiante:	Sufijo:	Otro nombre que usa el estudiante:
2. Grado:	3. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	4. ¿El estudiante es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 4a. Seleccione una o más de las categorías de etnias: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de AK <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico	5. Fecha de nacimiento del estudiante: MM / DD / AA ____ / ____ / ____	6. Lugar de nacimiento:
7. Primer idioma del estudiante		8. Idioma del hogar del estudiante :		
9. Dirección residencial del estudiante:			Ciudad, Estado:	C.P. +4:
10. Dirección de correo postal del estudiante (si no es igual a la residencial):			Ciudad, Estado:	C.P. +4:
11. Email y número de teléfono del estudiante: (para estudiantes de secundaria cursando clases en línea o de King Tech.) Correo electrónico del estudiante: _____ Teléfono del estudiante: _____				
12. ¿Hay alguna orden judicial en efecto hacia el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si respondió Sí por favor entregue una copia de la orden judicial a la oficina de la escuela).				
13. ¿Recibe el estudiante escolarización en casa No-ASD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Asiste a una escuela privada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es un estudiante extranjero de intercambio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la escuela no perteneciente a ASD: _____ Nombre de la escuela privada: _____				
14. Por favor Indique las escuelas a las que su hijo ha atendido que no son del ASD, incluyendo la educación preescolar: (Si necesita espacio adicional, consulte al registrador). Nombre de la escuela: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono de la escuela (_____) _____ Último día de asistencia: ____ / ____ / ____ Años asistidos: _____ Grado del año pasado: _____				
15. ¿Ha sido su estudiante matriculado(a) en una escuela del ASD anteriormente? (Incluyendo el preescolar) <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No *De ser sí, nombre de la escuela _____ Último año que asistió _____				
16. ¿Tiene el estudiante un Plan Individualizado de Educación Especial (IEP) vigente o pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			17. ¿Tiene el estudiante un Plan 504 vigente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
II. INFORMACIÓN DE HERMANOS(AS) (Si se necesita espacio adicional, consulte al registrador).				
Llene esta sección solo si corresponde. Incluya solo hermanos que estén actualmente inscritos en los grados K-12 del Distrito Escolar de Anchorage.				
Hermano 1 nombre completo:	Grado:	Nombre de la escuela:		
Hermano 2 nombre completo:	Grado:	Nombre de la escuela:		
Hermano 3 nombre completo:	Grado:	Nombre de la escuela:		
Hermano 4 nombre completo:	Grado:	Nombre de la escuela:		
Hermano 5 nombre completo:	Grado:	Nombre de la escuela:		
Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi fiel saber y entender.				
X Firma de padre/ tutor (obligatorio) _____				Fecha: _____

III. INFORMACIÓN DE LOS CONTACTOS PRINCIPALES		
	CONTACTO PADRE/ TUTOR	CONTACTO PADRE/ TUTOR
Título (marque uno):	<input type="checkbox"/> Señor <input type="checkbox"/> Señora <input type="checkbox"/> Señorita	<input type="checkbox"/> Señor <input type="checkbox"/> Señora <input type="checkbox"/> Señorita
Nombre completo del contacto (apellido, nombre):		
Tipo de contacto:	Marque solo uno: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> *Otro	Marque solo uno: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> *Otro
Relación con el estudiante:	Marque solo uno: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madre adoptiva <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> *Guardián Legal <input type="checkbox"/> Trabajador social de OCS <input type="checkbox"/> *Defensor especial designado por el tribunal	Marque solo uno: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madre adoptiva <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> *Guardián legal <input type="checkbox"/> Trabajador social de OCS <input type="checkbox"/> *Defensor especial designado por el tribunal
El contacto vive con el estudiante: Al menos uno debe ser "Sí" (No. y nombre de la calle) (Ciudad, Estado, C.P. +4)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* *De ser no, o si hay custodia compartida, escriba la dirección de su residencia: _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* * De ser no, o si hay custodia compartida, escriba la dirección de su residencia: _____ _____
Afiliación militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, llene esta sección.	<input type="checkbox"/> Activo Rango: _____ Rama de servicio: _____ <input type="checkbox"/> Guardia Nal. Activo/ADOS <input type="checkbox"/> Guardia Nal. Tradicional <input type="checkbox"/> Activo de la Reserva/ Título X <input type="checkbox"/> Tradicional de Reserva <input type="checkbox"/> Inactivo o retirado	<input type="checkbox"/> Activo Rango: _____ Rama de servicio: _____ <input type="checkbox"/> Guardia Nal. Activo/ADOS <input type="checkbox"/> Guardia Nal. Tradicional <input type="checkbox"/> Activo de la Reserva Título X <input type="checkbox"/> Tradicional de Reserva <input type="checkbox"/> Inactivo o retirado
Nombre del empleador del contacto:		
Dirección del trabajo del contacto: (Requerido si trabaja en una Propiedad Federal)		
	Ciudad: Estado: Código Postal:	Ciudad: Estado: Código Postal:
Nombre de la Propiedad Federal (por ejemplo, JBER, BLM, juzgado)		
1er número de teléfono a llamar	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
2do número de teléfono a llamar	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
3er número de teléfono a llamar	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
Idioma preferido del contacto:		
Correo electrónico del contacto:		
El contacto necesita acceso a los siguientes registros estudiantiles:	<input checked="" type="checkbox"/> Acceso a la red (ParentConnect)	<input type="checkbox"/> Acceso a la red (ParentConnect) <input type="checkbox"/> NO ENTREGAR (Por favor presente una orden judicial)

Los contactos de emergencia se utilizan cuando el personal de la escuela no puede comunicarse con los contactos principales.
A continuación, por favor proporcione los datos de contactos adicionales. (No los contactos principales)
Mi hijo puede ser entregado a los contactos a continuación.

IV. INFORMACIÓN DE LOS CONTACTOS DE EMERGENCIA				
	CONTACTO DE EMERGENCIA		CONTACTO DE EMERGENCIA	
Nombre completo del contacto:				
Relación con el contacto:				
Número de teléfono del contacto:	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
Número de teléfono del contacto:	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
	CONTACTO DE EMERGENCIA		CONTACTO DE EMERGENCIA	
Nombre completo del contacto:				
Relación con el contacto:				
Número de teléfono	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
Número de teléfono	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	() <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi fiel saber y entender.

X Firma de padre/ tutor (obligatorio) _____ Fecha: _____