

# Escuelas Públicas del Condado de Chesterfield Tarjeta de Información Estudiantil

Por favor no escribir en las áreas sombreadas (uso oficial únicamente) > 2012 > AAA-1046S

Estudiante nuevo       Previamente matriculado       Previamente matriculado en Chesterfield

Información estudiantil	Nombre del estudiante (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Fecha de nacimiento mes día año	Sexo	# Seguro Social	
	Vive en (dirección hogar)					Teléfono casa
	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Apto.	
	Vive con <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre sustituto <input type="checkbox"/> Otro _____					
	Etnicidad del estudiante (marque solo una casilla en esta línea) <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino					
	Raza del estudiante (marque todas las casillas que se apliquen a su hijo) <input type="checkbox"/> Indígena Americano/de Alaska					
	<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái/Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca					
Lugar de nacimiento	Estado	País	Ciudadanía (país)	# Acta de nacimiento		
¿Qué idioma se habla en su hogar la mayor parte del tiempo?			¿Qué idioma habla su hijo la mayor parte del tiempo?			

Información de padres/tutor	Marque uno <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutora <input type="checkbox"/> Madre sustituta <input type="checkbox"/> Otro _____				
	Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Empleador	Teléfono trabajo	Teléfono celular
	Vive en (si es diferente al estudiante)			Teléfono (si es diferente)	Correo electrónico
	Calle	Ciudad	Estado    Código postal    Apto.		
	Recibe <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Calificaciones <input type="checkbox"/> Horario <input type="checkbox"/> Disciplina <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Puede recoger al estudiante				

Información de padres/tutor	Marque uno <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre sustituta <input type="checkbox"/> Otro _____				
	Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Empleador	Teléfono trabajo	Teléfono celular
	Vive en (si es diferente al estudiante)			Teléfono (si es diferente)	Correo electrónico
	Calle	Ciudad	Estado    Código postal    Apto.		
	Recibe <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Calificaciones <input type="checkbox"/> Horario <input type="checkbox"/> Disciplina <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Puede recoger al estudiante				

Contacto adicional	Marque uno <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro _____				
	Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Empleador	Teléfono trabajo	Teléfono celular
	Vive en (si es diferente al estudiante)			Teléfono (si es diferente)	Correo electrónico
	Calle	Ciudad	Estado    Código postal    Apto.		
	Recibe <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Calificaciones <input type="checkbox"/> Horario <input type="checkbox"/> Disciplina <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Puede recoger al estudiante				

Contactos de emergencia	Persona contacto emergencia (diferente a padres)		Relación	#s telefónicos emergencia
	Médico del estudiante		Teléfono	Preferencia hospitalaria
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		El padre/tutor le otorga al director/ designado del director la autoridad para contactar al médico del estudiante o al escuadrón de rescate o llevar al estudiante a la sala de emergencia del hospital en caso de una emergencia.	

<b>Información estudiantil adicional</b>	Escuela previa		Grado	Teléfono
	Dirección de la escuela			
	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
	Hermanos (nombres y edades)			
	Hermanas (nombres y edades)			

<b>Información médica del estudiante</b>	Alergia a drogas y reacción	
	Alergia a alimentos y reacción	
	Alergia a insectos y reacción	
	Otras alergias y reacción	
	<p>Describe cualquier tratamiento especial necesario, procedimiento a seguir o medicamento para los problemas de salud enumerados anteriormente. Medicamentos a ser administrados en la escuela deben ser suministrados por el padre o tutor y llevados a la escuela por un adulto.</p>	

<b>Firmas</b>	Firmas de los padres/tutores		Fecha

<b>Uso oficial únicamente</b>	School name	School year	Date	Grade	<input type="checkbox"/> Current spec perm	Student ID	Entry date/code
					<input type="checkbox"/> Next spec perm		
	Bus a.m.	Bus p.m.	Day care (address)		Homeroom/teacher		
	ESOL code		ESOL entry date		ESOL exit date		
	Gifted code	Gifted date	Magnet program		SPL flag	Locker #	
Verification		<input type="checkbox"/> Residence	<input type="checkbox"/> Affidavit (discipline)		<input type="checkbox"/> Physical/immunizations		