

**ESCUELAS ELEMENTALES DE ELOY**  
**ESCUELA CURIEL**  
**FORMA DE MATRICULACIÓN**

Día de Entrada \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Andando \_\_\_\_ Autobús \_\_\_\_\_ Nombre de autobús \_\_\_\_\_  
 Profesor (a) \_\_\_\_\_ Cuarto \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Nombre de estudiante \_\_\_\_\_ Macho \_\_\_\_ Hembra \_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad y código \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de Padre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ # de Celular \_\_\_\_\_

Nombre de Madre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ # de Celular \_\_\_\_\_

El estudiante vive con- \_\_\_\_ los dos padres \_\_\_\_ Madre \_\_\_\_ Padre \_\_\_\_ Otra persona

Sí no vive con los padres, con quien vive el estudiante?

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Correo electrónico (email): \_\_\_\_\_

Es el estudiante Hispánico o Latino?  Sí  No ¿Qué es la raza de el estudiante?  African American

American Indian  Asian  Pacific Islander  Blanco

¿Cuál es el idioma principal que usa su estudiante? \_\_\_\_\_

(Conteste con el idioma que usa con más frecuencia su estudiante.)

\*\*\*\*\*

Favor de indicar donde asistió estudiante a la escuela antes de transferencia \_\_\_\_\_

Puede participar el estudiante en todas actividades físicos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Sí responden no, favor de explicar \_\_\_\_\_.

Favor de listar a los hermanos, hermanas y las edades.

<u>Hermanos</u>	<u>Edad</u>	<u>Hermanas</u>	<u>Edad</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

\*\*\*\*\*

**Contactos para emergencias:**

Nombre \_\_\_\_\_ #'s de Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ #'s de Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ #'s de Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre y Teléfono de Medico \_\_\_\_\_

Nombre y Teléfono de Dentista \_\_\_\_\_

Yo doy permiso para que reciba mi hija / hijo tratamiento medico en caso de emergencia o primeros auxilios, por doctor, la enfermera de la escuela, sí el tratamiento sea necesaria.

\_\_\_\_\_  
 Firma de padres / guardianes \_\_\_\_\_  
 Fecha