

Escuelas del Área de Albert Lea | Distrito 241
ESCUELAS DEL AREA DE ALBERERT LEA
FORMULARIO DE REGISTRO DE ESTUDIANTE



PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE
Student I. D. # _____
Family # _____
Entry date _____

INFORMACIÓ DE ESTUDIANTE

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
Masculino Femenino
Grado _____ Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____
Escuela Anterior _____
RAZA/ETNIA: Marque cada caja SI o NO. Al menos 1 caja debe ser marcada SI. Se puede marcar más de una respuesta. Más de una respuesta puede ser marcada SI.
SI NO... Hispano/Latino SI NO... Indígena Americano/Nativo de Alaska SI NO... Asiático SI NO... Negro/Afroamericano
SI NO... Nativo Hawaiano/Nativo de Polinesia SI NO... Blanco ¿Necesita intérprete? SI NO
¿Alguna vez ha asistido el estudiante al Distrito 241? Si No ¿Ha asistido el estudiante alguna vez a una escuela de MN? Si No Si contest si, ¿dónde?

INFORMACIÓN PRINCIPAL DE FAMILIA (persona(s) con quien vive el estudiante)

Padre/Tutor Apellido _____ Nombre _____ Relación con estudiante _____
Dirección de Hogar _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Tel. Hogar (_____) _____ ¿Es este número privado? Si No **Padre/Tutor** tel. móvil (_____) _____
Padre/Tutor Correo Electrónico _____
Lugar de Empleo _____ Ocupación _____ Núm. de Trabajo (_____) _____ Ext. # _____
En caso de emergencia, comuníquese con esta persona: 1^{ero} 2^{do} 3^{ro} 4^{to} ¿Podemos llamar a esta persona a su trabajo? Si No
Esposo/a Apellido _____ Nombre _____ Relación con estudiante _____
Tel. Móvil (_____) _____ Correo Electrónico _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Apellido de contacto de emergencia _____ Nombre _____ Relación con estudiante _____
Tel. Hogar (_____) _____ Tel. Trabajo (_____) _____ Tel. Móvil (_____) _____
En caso de emergencia, comuníquese con esta persona: 1^{ero} 2^{do} 3^{ro} 4^{to} ¿Podemos llamar a esta persona a su trabajo? Si No
Nombre de Doctor _____ ¿Clínica de Albert Lea? Si No Doctor/núm. de clínica (_____) _____
Dentista _____

INFORMACIÓN SECUNDARIA DE PADRE/TUTOR

Aquí es cuando usted puede solicitar que información sobre su hijo se envíe a su padre/madre/tutor en caso de que estén separados por distancia y/o divorcio.

Padre/Tutor Apellido _____	Nombre _____	Relación con estudiante _____
Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____ Código Postal _____
Dirección Postal _____	Ciudad _____	Estado _____ Código Postal _____
Tel. Hogar (_____) _____	¿Es este número privado? Si No	Padre/Tutor Tel. Móvil (_____) _____
Padre/Tutor Correo Electrónico _____		
Lugar de Empleo _____	Ocupación _____	Tel. Trabajo (_____) _____ Ext. # _____

- ¿Puede esta persona tener contacto con el estudiante? Si No
- ¿Vive el estudiante con esta persona parte del tiempo durante el año escolar? Si No Si contestó Si, favor de explicar: _____
- ¿Deberíamos enviar copias de TODO documento escolar que sea confidencial a esta persona? Si No solamente los marcados:
Tarjetas de Calificación Avisos de Asistencia Reportes de Disciplina Boletín de ALHS "Tiger News"
- De ser necesario, ¿deberíamos contactar a esta persona? Si No
- ¿Tiene esta persona derechos de custodia? Si No

HERMANOS Favor de escribir los nombres de los demás niños en la familia, incluyendo los graduados y de preescolar.

Apellido	Nombre	Ini.	M/F	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado

INFORMACIÓN SOBRE IDIOMA DEL ESTUDIANTE

Para poder ayudar a su hijo a aprender, el maestro de su hijo necesita determinar cual idioma su hijo usa más. Por favor, conteste las preguntas debajo marcando las cajas correspondientes.

1. ¿Cuál idioma aprendió su hijo primero? Inglés Otro (especifique): _____
2. ¿Cuál idioma hablan regularmente en casa? Inglés Otro (especifique): _____
3. ¿Cuál idioma habla regularmente su hijo? Inglés Otro (especifique): _____

Comentarios/Preocupaciones en particular:

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

NOTA | Información sobre Acto de Privacidad de Datos está disponible cuando se solicite.