



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO SEMINOLE, FLORIDA
FORMULARIO DE ADMISIÓN

Se espera que los estudiantes se hayan dado de baja de su escuela anterior antes de matricularse en la Escuela Pública del Condado Seminole.

En letra de molde, por favor

Sección I - Debe ser completada por el padre/madre o tutor

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE – Apellido(s)		Apéndice: Jr., III, etc.		Primer Nombre		Segundo Nombre	
GRADO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	TELÉFONO DEL HOGAR () () ()	TELÉFONO CELULAR () () ()	FECHA DE NACIMIENTO		GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Femenino (F)	
DIRECCIÓN RESIDENCIAL - Número y nombre de la calle			Apartamento #	Ciudad		Código Postal	
DIRECCIÓN POSTAL - Si es diferente a la dirección residencial			Apartamento #	Ciudad		Código Postal	
CATEGORÍA ÉTNICO: (Mandato Federal) <input type="checkbox"/> Hispano/Origen Latino <input type="checkbox"/> No de Origen Hispano			CATEGORÍA DE RAZA: (Mandato Federal - Marque todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/a <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawaii o Isleño/a del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio/a Americano/a o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a				
LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad Estado País			PAÍS DE LA ESCUELA ANTERIOR (SI NO FUE EN LOS ESTADOS UNIDOS)				
EL ESTUDIANTE VIVE CON: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Sólo con la madre <input type="checkbox"/> Con la madre y el padrastro <input type="checkbox"/> Sólo con el padre <input type="checkbox"/> Con el padre y la madrastra <input type="checkbox"/> Solo/a		DOCUMENTOS NECESARIOS (Forma #893) <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro _____		Dirección electrónica de los padres (e-mail)			
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR		Contacto Principal o Primordial		TELÉFONO #1	TELÉFONO #2	PATRONO	
NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR		Contacto Principal o Primordial		TELÉFONO #1	TELÉFONO #2	PATRONO	
EN CASO DE EMERGENCIA, SI NO PUEDO SER LOCALIZADO/A EN MI HOGAR O TRABAJO, LLAME A:							
TELÉFONO: () () ()		NOMBRE:			RELACIÓN		
PERSONA(S) AUTORIZADA(S) A RECOGER AL ESTUDIANTE: Nombre						Teléfono () () ()	
NOMBRE DE LOS HERMANOS Y/O HERMANAS QUE AÚN ESTÁN EN LA ESCUELA				ESCUELA			
INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN EXCEPCIONAL (ESE)		¿Ha recibido este estudiante servicios de educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está recibiendo becas de McKay? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si contesta SI marque una (X) al lado de la(s) clase(s) pertinentes		¿Está la ubicación al día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> Discapacitado Intelectualmente	<input type="checkbox"/> Problemas de Lenguaje	<input type="checkbox"/> Terapia física	<input type="checkbox"/> Superdotado	<input type="checkbox"/> Discapacidades de Pre-K			
<input type="checkbox"/> Discapacitado emocional/comportamiento	<input type="checkbox"/> Sordo(a)/ Problemas de Audición	<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> Problemas con la Visión	<input type="checkbox"/> Otro _____			
<input type="checkbox"/> Discapacitado ortopédicamente	<input type="checkbox"/> Problemas del Habla	<input type="checkbox"/> Discapacidad específica de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Desorden de espectro autista	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo			
<input type="checkbox"/> Lesión traumática del cerebro	<input type="checkbox"/> Otra discapacidad de la salud						
¿ESTÁ EL ESTUDIANTE ACTUALMENTE EN UN PROGRAMA DE ALTERNATIVA?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿ESTÁ EL ESTUDIANTE ACTUALMENTE BAJO UNA ORDEN DE EXPULSIÓN?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
INFORMACIÓN SOBRE EL DOMINIO DEL INGLÉS:		Ha estado este estudiante en el programa ESOL en otra escuela?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
NOTA: SI LA CONTESTACIÓN A UNA DE ESTAS PREGUNTAS ES SÍ, A SU HIJO(A) SE LE ADMINISTRARÁN LAS PRUEBAS PARA DETERMINAR SI SU DOMINIO DEL INGLÉS ES LIMITADO (ELL) Y EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE SEA UBICADO(A) EN LA CLASE APROPIADA DE ESOL.							
¿Se habla en el hogar otro idioma además del inglés?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Idioma nativo del estudiante			
¿Es el lenguaje principal del estudiante otro que no sea el inglés?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Idioma que hablan los padres en el hogar			
¿Habla el estudiante con más frecuencia otro idioma que no sea el inglés?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Fecha de matriculación a una escuela en los Estados Unidos			
				¿Ha asistido a la escuela en los Estados Unidos por 3 o más años académicos completos?			
				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
INFORMACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES: Seleccione los programas o servicios en los cuales el/la estudiante haya participado en otra(s) escuela(s).							
<input type="checkbox"/> Plan de Acomodación 504		<input type="checkbox"/> Título I					
¿TIENE EL/LA ESTUDIANTE UNA ENFERMEDAD O CONDICIÓN FÍSICA DE LA CUAL LA ESCUELA DEBA TENER CONOCIMIENTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿ESTÁ EL/LA ESTUDIANTE TOMANDO ALGUNA MEDICINA DURANTE LAS HORAS DE CLASES? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si contesta "Sí", por favor explique: _____							
¿COMPLETÓ EL KINDERGARTEN? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿ANTERIORMENTE, CUÁNTOS AÑOS HA ESTADO EN LA ESCUELA INCLUYENDO KINDERGARTEN? _____					
¿COMPLETÓ PRE-KINDERGARTEN? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si contestó "Sí" marque el programa:					
<input type="checkbox"/> "Head Start"		<input type="checkbox"/> Pre-K Voluntario en una Escuela Pública		<input type="checkbox"/> Discapacidades de Pre-K		<input type="checkbox"/> Pre-K Voluntario en una Escuela Privada <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____	
ESCRIBA LOS NOMBRES DE LAS ÚLTIMAS DOS ESCUELAS A LAS QUE ASISTIÓ (COMENZANDO CON LA ÚLTIMA)							
Si participo en el Programa Educativo en el Hogar escriba el número asignado por el estado de la Florida # _____							
Nombre de la Escuela		Calle		Ciudad		Estado	
1)						Código Postal	
2)						Teléfono () () ()	
Pública <input type="checkbox"/>		Privada <input type="checkbox"/>					
¿HA ASISTIDO A LA ESCUELA EN LA FLORIDA (K-12) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta "Sí", escriba el mas reciente abajo							
Condado		Nombre de la escuela		Año en que se matriculó		Último año que asistió	
						Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>	
¿ENTRE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS SE HA MUDADO USTED O ALGUIEN EN SU FAMILIA A OTRO CONDADO O ESTADO CON EL PROPOSITO DE ENCONTRAR EMPLEO EN EL ÁREA DE AGRICULTURA, PESQUERÍA, O SILVICULTURA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
SI LOS EXPEDIENTES ESTÁN BAJO UN NOMBRE DIFERENTE DEL NOMBRE LEGAL QUE APARECE ARRIBA, POR FAVOR ESPECIFIQUE ESE NOMBRE: _____							
EL ESTATUTO 837.06 DE LA FLORIDA ESPECIFICA QUE CUALQUIER PERSONA QUE INTENCIONALMENTE ESCRIBA UNA DECLARACIÓN FALSA, CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UN SERVIDOR PÚBLICO QUE ESTÁ DESEMPEÑANDO SUS OBLIGACIONES OFICIALES, ESTA PERSONA SERÁ CULPABLE DE UN DELITO MENOR EN SEGUNDO GRADO.							
Firma del padre/madre o tutor: _____				Fecha _____/_____/_____			
Sección II - Debe ser completada en la escuela por funcionarios escolares							
SCPS ID #		FL ID Alias #		School Name / Number			Exemption / Year
Entry Code		Entry Date		Records Requested On:		Proof of Residency:	Physical Exam
						<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A	Immunization 680 Form
							<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
SIGNATURE OF ADMITTING PERSONNEL:						Initials of Data Entry Personnel:	
Date: _____							