

**Escuelas Públicas del Condado de Gwinnett  
FORMULARIO DE MATRÍCULA DE KÍNDER AL 12º GRADO**

LOCAL SCHOOL USE ONLY	SCHOOL TO MAINTAIN A COPY IN THE PERMANENT RECORD FILE	
	School	
	Student ID	GTID#

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

*Por favor, escribir con letra de imprenta en este formulario*

**Nombre del estudiante** \_\_\_\_\_  
(Apellido)
(Primer nombre)
(Segundo nombre)

**Grado** \_\_\_\_\_ **Sexo**  Masculino  Femenino **Nombre que prefiere usar en la escuela** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Estado de nacimiento** \_\_\_\_\_ **País de nacimiento** \_\_\_\_\_  
(mm)
(dd)
(aaaa)

**Si el estudiante nació fuera de los Estados Unidos, ¿en qué fecha entró por primera vez a una escuela en Estados Unidos?** (por ejemplo: 01/05/2017) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por favor conteste **ambas partes** de esta pregunta.

*Esta información es requerida por regulaciones federales. (De acuerdo con los requisitos federales, si usted decide no contestar alguna parte o la totalidad de esta sección, la escuela tiene la obligación de identificar y asignarle una raza o etnia al estudiante, por medio del proceso de observación).*

**¿El estudiante es Hispano o Latino? (marque sólo una)**

- No, no es Hispano o Latino
- Sí, si es Hispano o Latino

**Por favor seleccione la raza del estudiante de la lista de abajo. (Seleccione una o más opciones si corresponde)**

- Indio Nativo de América del Norte o Nativo de Alaska
- Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Asiático
- Blanco
- Negro o Afroamericano

**Dirección de domicilio** \_\_\_\_\_ **Apt. #** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Dirección postal** (si es distinta al domicilio) \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Escuelas Públicas del Condado de Gwinnett**  
**FORMULARIO DE MATRÍCULA DE KÍNDER AL 12<sup>º</sup> GRADO**

LOCAL SCHOOL USE ONLY	SCHOOL TO MAINTAIN A COPY IN THE PERMANENT RECORD FILE	
	School	
	Student ID	GTID#

**ANTECEDENTES DEL LENGUAJE**

1. ¿Cual es el idioma que su hijo **mejor** entiende y habla? \_\_\_\_\_
2. ¿En qué idioma habla su hijo con **más frecuencia** en el hogar? \_\_\_\_\_
3. ¿En qué idioma le hablan con **más frecuencia** los adultos a su hijo, en el hogar? \_\_\_\_\_

*Por favor, tenga en cuenta que de acuerdo a los requisitos federales, los estudiantes cuya lengua materna no es el inglés son evaluados para determinar su nivel de dominio del idioma inglés.*

**IDIOMA PARA LA CORRESPONDENCIA**

Quando sea posible, ¿preferiría recibir información en un idioma **distinto** al inglés?  No  Sí

Si la respuesta es sí, ¿qué idioma prefiere? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA O REPRESENTANTE LEGAL QUE ESTÁ REALIZANDO LA MATRÍCULA**

Padre de familia o representante legal que está realizando la matrícula	Padre de familia o representante legal adicional
Apellido	Apellido
Primer nombre	Primer nombre
Inicial del segundo nombre	Inicial del segundo nombre
Parentesco con el estudiante	Parentesco con el estudiante
Dirección	Dirección
Ciudad                                      Código postal	Ciudad                                      Código postal
Número de teléfono de la casa	Número de teléfono de la casa
Número de teléfono celular	Número de teléfono celular
Número de teléfono del trabajo	Número de teléfono del trabajo
Dirección de correo electrónico	Dirección de correo electrónico
¿Es miembro activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Es miembro activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Es miembro de la Reserva Militar o miembro de la Guardia Civil? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Es miembro de la Reserva Militar o miembro de la Guardia Civil? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Es veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Es veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

**Escuelas Públicas del Condado de Gwinnett  
FORMULARIO DE MATRÍCULA DE KÍNDER AL 12<sup>º</sup> GRADO**

LOCAL SCHOOL USE ONLY	SCHOOL TO MAINTAIN A COPY IN THE PERMANENT RECORD FILE	
	School	
	Student ID	GTID#

<b>Marque todas las casillas que correspondan a la relación entre el estudiante y el padre de familia o representante legal mencionado en la sección anterior:</b> Se le permite contacto <input type="checkbox"/> Tiene derechos educativos <input type="checkbox"/> Padre de familia que está realizando la inscripción <input type="checkbox"/> Autorización para retirar al estudiante <input type="checkbox"/>	<b>Marque todas las casillas que correspondan a la relación entre el estudiante y el padre de familia o representante legal mencionado en la sección anterior:</b> Se le permite contacto <input type="checkbox"/> Tiene derechos educativos <input type="checkbox"/> Autorización para retirar al estudiante <input type="checkbox"/>
---	---

**LISTE A LAS OTRAS PERSONAS DE SU HOGAR QUE SEAN ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE GWINNETT**

NOMBRE	PARENTESCO	ESCUELA A LA QUE ASISTE

**NOTA REFERENTE AL MEDICAMENTO:** El padre o representante legal debe transportar los medicamentos a y desde la escuela en el empaque original de la farmacia, en un envase a prueba de niños. El padre o representante legal debe completar un formulario de suministro de medicinas y entregárselo a la escuela antes de la administración de cualquier medicamento. **Favor indicar si permitirá que la escuela administre los siguientes medicamentos a este estudiante:**

**acetaminofeno (Tylenol):**     No     Sí                      **ibuprofeno (Advil):**     No     Sí

**Número de Seguro Social del estudiante** (Código Oficial de Georgia Anotado- OCGA 20-2-150)  
(SSN) \_\_\_\_\_

**Fecha de entrada a 9º grado (si corresponde)**  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 (mm)            (dd)            (yyyy)

**HISTORIAL DE EDUCACIÓN TEMPRANA DEL ESTUDIANTE**  
(Para ser completado solamente por los padres o representantes legales de estudiantes de primaria:  
Marque las casillas que correspondan)

**De nacimiento hasta los 3 años de edad:**  
 En Casa    Ciudad, Estado \_\_\_\_\_, Condado \_\_\_\_\_  
 Nombre del proveedor \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_, Condado \_\_\_\_\_

**Pre-escolar (programa para niños de 3 años de edad)**  
 En Casa    Ciudad, Estado \_\_\_\_\_, Condado \_\_\_\_\_  
 Nombre del proveedor \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_, Condado \_\_\_\_\_

**Pre-Kínder (programa para niños de 4 años de edad)**  
 En Casa    Ciudad, Estado \_\_\_\_\_, Condado \_\_\_\_\_  
 Nombre del proveedor \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_, Condado \_\_\_\_\_

**Escuelas Públicas del Condado de Gwinnett  
FORMULARIO DE MATRÍCULA DE KÍNDER AL 12º GRADO**

<b>LOCAL SCHOOL USE ONLY</b>	<b>SCHOOL TO MAINTAIN A COPY IN THE PERMANENT RECORD FILE</b>	
	<b>School</b>	
	<b>Student ID</b>	<b>GTID#</b>

**HISTORIAL DE ASISTENCIA ESCOLAR**

¿Este estudiante ha asistido previamente a otra escuela dentro del Condado de Gwinnett?     No     Sí  
 ¿Este estudiante ha asistido previamente a otra escuela fuera del Condado de Gwinnett?     No     Sí  
 En caso afirmativo, liste las escuelas a las que ha asistido anteriormente e indique las fechas (por ejemplo: 05/01/2010)

<b>Nombre de la escuela/ciudad/estado</b>	<b>Fechas de asistencia:</b>	
_____	Desde:	Hasta:
_____	Desde:	Hasta:

¿Este estudiante ha faltado a la escuela dos o más años desde que entro al 1º grado?     No     Sí  
 En caso afirmativo, ¿cuáles grados? \_\_\_\_\_ (los años no tienen que ser consecutivos)

**¿HA RECIBIDO ESTE ESTUDIANTE ALGUNO DE ESTOS SERVICIOS?**

<b>Inglés para hablantes de otros idiomas</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>Programa para estudiantes dotados y talentosos</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>Habla y Lenguaje</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>Educación especial</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>

**ACCESO PARA PERSONAS IMPEDIDAS O DISCAPACITADAS**

¿Necesita el estudiante o cualquier miembro de su familia inmediata ayuda debido a una discapacidad de movilidad o requieren acceso para minusválidos?     No     Sí

En caso afirmativo especifique la necesidad: \_\_\_\_\_

**ESTADO DE SUSPENSIÓN O EXPULSIÓN**

¿Está el estudiante cumpliendo actualmente con un período de suspensión o expulsión de otra escuela?  
 No     Sí

¿En caso afirmativo, de cuál escuela y en cuál distrito escolar?  
 \_\_\_\_\_

Motivo de la suspensión o expulsión: \_\_\_\_\_

**Escuelas Públicas del Condado de Gwinnett**  
**FORMULARIO DE MATRÍCULA DE KÍNDER AL 12º GRADO**

LOCAL SCHOOL USE ONLY	SCHOOL TO MAINTAIN A COPY IN THE PERMANENT RECORD FILE	
	School	
	Student ID	GTID#

Fecha en la que terminará la suspensión o expulsión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**¿Este estudiante ha sido condenado por una ofensa criminal o de un delito grave, o como joven menor de edad, ha sido juzgado por un delito grave según se define en la ley de Georgia (O.C.G.A. sección 15-11-63)?**

No  Sí

Fecha en la que el estudiante fue encontrado culpable del delito mencionado anteriormente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Condena impuesta \_\_\_\_\_

Jurisdicción en la que se produjo la condena o sentencia \_\_\_\_\_

**TRANSPORTE**

**¿El estudiante tomará un autobús escolar del Condado de Gwinnett?**  No  Sí

**Dirección en la que se bajará su hijo del autobús escolar en las tardes si es distinta a la dirección de la recogida en las mañanas:**

**En persona o Digital clases**

**¿Su estudiante va a tomar clases**  **en persona o**  **digital?**

**BRANCH OUT (AMPLIA TUS HORIZONTES)**

Los estudiantes que participen en el programa *BRANCH OUT*, un convenio entre las Escuelas Públicas del Condado de Gwinnett y la Biblioteca Pública del Condado de Gwinnett, tendrán acceso completo a los recursos digitales y de imprenta del sistema bibliotecario del condado.

*Otorgo autorización a GCPS para compartir información pertinente con la Biblioteca Pública del Condado de Gwinnett con el propósito de expedir una tarjeta de biblioteca a mi hijo, una vez transferida, esta información pasa a ser propiedad de GCPL .*

No  Sí

**FIRMA**

Por este medio certifico que toda la información proporcionada está completa y es verdadera, en la mejor medida de mi conocimiento.

*A ningún estudiante se le negará la inscripción en cualquier escuela pública de este estado por rehusarse a proporcionar un número de seguro social a la unidad local de administración (LUA) o por negarse a aplicar por dicho número. O.C.G.A. sección 20-2-150(d)*

**Firma del padre de familia o representante legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_