DISTRITO ESCOLAR DE QUILLAYUTE VALLEY #402

Forma de Matriculacion

Student #	District #	Matriculado en: (nombre de la escuela)	Fecha de hoy

Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	Grado	Sexo	Etnicidad

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nu. de Seguro Social	Nombre Legal (si es diferente)

Primer Hogar

Primer Guardian Sr./Sra./Srta.	Apellido	Primer Nombre	Telefono del Hogar	Cellular

Direccion donde vive	Direccion donde recibe correo(si es diferente)

Correo electronico	Relacion c/ el niño	Empresario del Primer Guardian	Telefono del Trabajo

Segundo Guardian Sr./Sra./Srta.	Apellido	Primer Nombre	Relacion con el estudiante

Empresario del segundo Guardian	Telefono del Trabajo

Segundo Guardian

Primer Guardian Sr./Sra./Srta.	Apellido	Primer Nombre	Telefono del Hogar	Cellular

Direccion donde vive	Direccion donde recibe correo(si es diferente)

Correo electronico	Relacion c/ el niño	Empresario del Primer Guardian	Telefono del Trabajo

Segundo Guardian Sr./Sra./Srta.	Apellido	Primer Nombre	Relacion con el estudiante

Empresario del segundo Guardian	Telefono del Trabajo

Primer Contacto en caso de Emergencia	Telefono de Dia
Segundo Contacto en caso de Emergencia	Telefono de Dia

Nombre de su Doctor	Telefono del Docto	Medicina que el estudiante toma

Apunte cual quier problema de salud que tenga el estudiante:

La ultima escuela que asistio	Lugar donde asistio	¿Ha asistido alguna escuela del QVSD?

¿Hay alguna situacion de custodia/guardiania que debemos saber? ___ Si ___ No

¿Su estudiante esta bajo una accion disciplinaria tal como suspension, expulsion o cortes por faltas de otras escuelas previas? (Si es asi, expliquelo) ___ Si ___ No

Por favor apunte los nombres, edades y grados para otros niños de la familia al dorso de la pagina.

La firma abajo certifica que toda la informacion es verdadera y correcta a mi conocimiento. Yo comprendo que la matriculacion de mi hijo al Distrito depende de que la informacion sea preciso.

_____ Firma

_____ Fecha