

# Distrito Escolar de la Ciudad de Syracuse

## Formulario de Registro

\*Por favor imprima\*

\* Por favor imprima\*

Número de Estudiante \_\_\_\_\_ (oficina solamente)

NOMBRE DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer) (Inicial) (Jr / Sr / III / IV) (M / F)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY) (Ciudad, Estado, Condado, País)

EVIDENCIA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ CERTIFICADO \_\_\_\_\_ I-94/TARJETA VERDE \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

CIUDADANO \_\_\_\_\_ no, indique ciudadanía \_\_\_\_\_ FECHA DE ENTRADA A E.U. \_\_\_\_\_ PASAPORTE \_\_\_\_\_  
(Si/ No)

ASISTIO ALGUNA ESCUELA \_\_\_\_\_ Asistió alguna escuela \_\_\_\_\_  
NYS \_\_\_\_\_ Si, indique escuela/año \_\_\_\_\_ en Syracuse \_\_\_\_\_ Si, indique escuela/año \_\_\_\_\_

Hispano - Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Lenguaje \_\_\_\_\_  
Raza (Marque uno)  
\_\_\_\_\_Indio Americano o Nativo de Alaska \_\_\_\_\_ Afro-Americano  
\_\_\_\_\_ Asiático \_\_\_\_\_ Blanco  
\_\_\_\_\_ Nativo de Hawái o Islas Pacificas

ULTIMA NOMBRE \_\_\_\_\_  
ESCUELA \_\_\_\_\_  
ASISTIDA DIRECCION \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_  
FECHA DE SALIDA \_\_\_\_\_ GRADO ACTUAL \_\_\_\_\_

**DIRECCION RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE**  
CALLE \_\_\_\_\_ APT # \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_  
ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE LA CASA \_\_\_\_\_

**DIRECCION POSTAL** (SI ES DIFERENTE A LA RESIDENCIAL)  
CALLE \_\_\_\_\_ APT # \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_  
ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE LA CASA \_\_\_\_\_

### Donde vive el estudiante actualmente? (Por favor marque uno.)

- 1. En un refugio (S)
- 2. Con otro familiar y/o familiares debido a una situación económica (D)
- 3. En un motel/hotel (H)
- 4. En un automóvil, tren autobús, área de acampar (U)
- 5. Esperando ser ubicado en Foster Care (A)
- 6. Otro arreglo temporero (T) (Por favor describe): \_\_\_\_\_
- 7. Residencia permanente

Si marco 1-6, es usted un adolescente viviendo solo? (Significa que no vive con los padres/encargado) \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Sus respuestas ayudaran al Distrito a escoger que servicios su hijo/a podrá recibir bajo el Acta de McKinney-Vento. Por favor pregunte por un representante de McKinney-Vento para información adicional.

NOMBRE \_\_\_\_\_  
(Sr./Sra) (Primer) (Inicial) (Apellido) (Jr / Sr / III / IV)  
CALLE \_\_\_\_\_ Apto # \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
# CASA \_\_\_\_\_ # TRABAJO \_\_\_\_\_ # TRABAJO 2 \_\_\_\_\_  
# CELULAR \_\_\_\_\_ BEEPER \_\_\_\_\_ # CELULAR 2 \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ RELACION CON ESTUDIANTE \_\_\_\_\_  
LUGAR Y DIRECCION DE EMPLEO \_\_\_\_\_

Recibo de correspondencia  
SI / NO  
Relación con Estudiante  
\_\_\_\_\_  
Vive con estudiante  
SI / NO

NOMBRE \_\_\_\_\_  
(Sr/Sra) (Primer) (Inicial) (Apellido) (Jr / Sr / III / IV)  
CALLE \_\_\_\_\_ Apto # \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
# CASA \_\_\_\_\_ # TRABAJO \_\_\_\_\_ # TRABAJO 2 \_\_\_\_\_

Recibo de correspondencia  
SI / NO  
Relación con estudiante  
\_\_\_\_\_  
Vive con estudiante  
SI / NO

Si tiene alguna restricción de custodia que debemos saber, por favor provea la información.

(POR FAVOR COMPLETE ATRAS)

# CELULAR \_\_\_\_\_ BEEPER \_\_\_\_\_ # CELULAR 2 \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ RELACION CON ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

LUGAR Y DIRECCION DE EMPLEO \_\_\_\_\_

*Si el estudiante no vive con ambos padres donde reside?* \_\_\_\_\_

*Tiene esta persona custodia legal del estudiante?* \_\_\_\_\_

C  
O  
N  
T  
A  
C  
T  
O

E  
M  
E  
R  
G  
E  
N  
C  
I  
A

NOMBRE \_\_\_\_\_  
(Sr/Sra) (Primer) (Inicial) (Apellido) ((Jr / Sr / III / IV)

CALLE \_\_\_\_\_ APT # \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO \_\_\_\_\_

TELEFONO CASA \_\_\_\_\_ # TRABAJO \_\_\_\_\_ # TRABAJO 2 \_\_\_\_\_

# CELULAR \_\_\_\_\_ BEEPER \_\_\_\_\_ # CELULAR \_\_\_\_\_

RELACION CON ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

LUGAR Y DIRECCION DE EMPLEO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_  
(Sr/Sra) (Primer) (Inicial) (Apellido) ((Jr / Sr / III / IV)

CALLE \_\_\_\_\_ APT # \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO \_\_\_\_\_

TELEFONO CASA \_\_\_\_\_ TELEFONO TRABAJO \_\_\_\_\_ TELEFONO TRABAJO 2 \_\_\_\_\_

# CELULAR \_\_\_\_\_ BEEPER \_\_\_\_\_ # CELULAR 2 \_\_\_\_\_

RELACION CON ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

LUGAR Y DIRECCION DE TRABAJO \_\_\_\_\_

PROVEEDOR DE CUIDO: \_\_\_\_\_

(Nombre) (Dirección) (Teléfono)

OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA

NOMBRE \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ EN LA CASA \_\_\_\_\_  
( M / F) (MM/DD/YYYY) (Si/No)

NOMBRE \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ EN LA CASA \_\_\_\_\_  
( M / F) (MM/DD/YYYY) (Si/No)

NOMBRE \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ EN LA CASA \_\_\_\_\_  
(F/M) (MM/DD/YYYY) (Si/No)

NOMBRE \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ EN LA CASA \_\_\_\_\_  
( M / F) (MM/DD/YYYY) (Si/No)

OTRAS PERSONAS VIVIENDO EN LA RESIDENCIA

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_

INFORMACION DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

MEDICO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ HOSPITAL \_\_\_\_\_

SERVICIOS ESPECIALES

INCAPACIDADES \_\_\_\_\_ Si, especifique \_\_\_\_\_ ESL \_\_\_\_\_ 504 \_\_\_\_\_ CSE \_\_\_\_\_ CPSE \_\_\_\_\_  
(Si/No) (Si/No)

\*RECORD DE VACUNACION ES REQUERIDO PARA COMENZAR LA ESCUELA (Esto no es requisito para estudiantes que estén sin hogar)

Información Adicional: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Encargado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Oficial Escolar que registro el estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_