

Gwinnett County Public Schools

Play 2 Learn Enrollment Form

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Por favor, escribir con letra de imprenta en este formulario

Nombre del estudiante _____
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

Edad _____ Sexo Masculino Femenino Nombre que prefiere usar en la escuela _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Estado de nacimiento _____ País de nacimiento _____
(mm) (dd) (aaa)

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 solo 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 _____



Gwinnett County Public Schools

Play 2 Learn Enrollment Form

ANTECEDENTES DEL LENGUAJE

1. ¿Cuál 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? _____

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/ Contacto de Emergencia
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 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 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 veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí



Gwinnett County Public Schools

Play 2 Learn Enrollment Form

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: 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"/>	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: 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

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

(SSN) ----- Prefiero no proveer el número

Nombre del Padre de familia o representante legal que atenderá Play 2 Learn con sus hijos:

Nombre/Relación con el niño _____ Número de teléfono _____

¿HA RECIBIDO ESTE ESTUDIANTE ALGUNO DE ESTOS SERVICIOS?

Habla y Lenguaje	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí
Educación especial	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí

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: _____

Gwinnett County Public Schools

Play 2 Learn Enrollment Form

Información Importante de Salud

¿Su hijo tiene algún tipo de alergia y/o problema médico que la escuela deba saber? No Sí

En caso afirmativo, por favor explique o indique aquí: _____

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 _____

