

Escuelas del Condado Coffee

Paquete de Inscripción del Estudiante

Información del Estudiante (Por favor escriba con letra de molde):

Nombre Legal del Estudiante: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Llamado)

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Número Seguro Social: _____

Lugar de Nacimiento: _____
(Ciudad) (Estado) (País)

Actualmente el Estudiante... ¿Mide? _____ ¿Pesa? _____ Color de Ojos _____

Dirección Postal: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código)

Dirección Física: _____
(Si es diferente de la Postal) (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código)

Teléfono de la Casa: _____ Otro: _____

¿Es la dirección principal del estudiante una propiedad federal (Autoridad de Vivienda o cualquier vivienda asistida federal)?
SI _____ NO _____

¿Funciona el padre / tutor del estudiante en una propiedad federal?
SI _____ NO _____

¿Está el padres/tutores en el SERVICIO ACTIVO en el Servicio Militar?
SI _____ NO _____

Información Académica:

Nombre / Dirección de la última escuela que asistió:

(Nombre de la escuela)

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Teléfono)

¿Su hijo(a) ha asistido a las escuelas del Condado de Coffee? _____ Si _____ No

Por favor escriba cada escuela a la que el estudiante asistió y el año(s) en que asistió: _____

Otros Miembros Familiares Viviendo en el Mismo Hogar

Apellido	Nombre	Fecha Nacimiento	Genero	Escuela (Si aplica)	Relación con el Estudiante
Apellido	Nombre	Fecha Nacimiento	Genero	Escuela (Si aplica)	Relación con el Estudiante
Apellido	Nombre	Fecha Nacimiento	Genero	Escuela (Si aplica)	Relación con el Estudiante
Apellido	Nombre	Fecha Nacimiento	Genero	Escuela (Si aplica)	Relación con el Estudiante
Apellido	Nombre	Fecha Nacimiento	Genero	Escuela (Si aplica)	Relación con el Estudiante
Apellido	Nombre	Fecha Nacimiento	Genero	Escuela (Si aplica)	Relación con el Estudiante

(Adjuntar página si necesita espacio adicional)

¿Ha recibido el estudiante, en algún momento, uno de los siguientes servicios de apoyo?
Por favor seleccione TODOS a los que aplica:

Educación Especial
 Ayuda Para El Habla
 504
 Título I
 Educación Correctiva
 Programa de Intervención Temprana
 Educación Migrante
 ESOL
 Educación para Niños Dotados
 Grupo de Apoyo al Estudiante

Información Disciplinaria

¿Está el estudiante actualmente **suspendido o expulsado** de otra escuela o sistema escolar?

Sí (explique en la parte de abajo) No

¿Ha sido el estudiante declarado culpable de un delito grave?

Sí (explique en la parte de abajo) No

¿Está el estudiante actualmente **asignado o previsto** asistir a la **escuela alternativa u otro programa alterno**?

Sí (explique en la parte de abajo) No

Padre/Guardián Nombre (Por favor escriba)

Padre/Guardián Firma

Fecha

Distrito Escolar: _____

Fecha: _____

Encuesta Ocupacional para Padres

Favor de completar este formulario para ayudarnos a determinar si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir servicios suplementarios de parte del Programa de Título I, Parte C

Nombre del/los Estudiante(s)	Nombre de la Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. ¿Alguien en su casa se ha mudado para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? Sí No
2. ¿Alguien en su casa trabaja o ha trabajado en una de las siguientes ocupaciones de forma permanente o temporaria en los últimos tres años? Sí No

Si la respuesta es "sí", marque todo trabajo que aplique:

- 1. Sembrando/Cosechando vegetales (tomates, calabazas, cebollas, etc.) o frutas (uvas, fresas, arándanos, etc.)
- 2. Sembrando, cortando, procesando árboles, o juntando paja de pino (*pine straw*)
- 3. Procesando/Empacando productos agrícolas
- 4. Trabajo en lechería, polleras o ganadería
- 5. Empacando/Procesando carnes (res, pollo, o mariscos)
- 6. Trabajos relacionados con la pesca (pesca comercial, o criadero de pescados)
- 7. Otra actividad. Por favor especifique en cuál: _____

Nombre de los padres o guardianes legales: _____

Dirección donde vive: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¡Muchas Gracias! Por favor regrese éste formulario a la escuela

Please maintain original copy in your files.

MEP funded school/district: Please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district.

Non-MEP funded (consortium) school/districts: When at least one "yes" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, districts should email, always through the DOE's Portal, occupational surveys to the Regional Migrant Education Program Office serving your district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, Rose McKeehan
 Phone: 470-763-1137
rmcKeehan@doe.k12.ga.us

GaDOE Region 2 MEP, Pearl Barker
 Phone: 470-763-1138
PBarker@doe.k12.ga.us

Family Contacted/Attempt Date: _____

Sent to Regional Office on: _____

1562 Twin Towers East • 205 Jesse Hill Jr. Drive • Atlanta, GA 30334 • www.gadoe.org

Richard Woods, Georgia's School Superintendent

An Equal Opportunity Employer

