

Aurora Charter School

Solicitud de Inscripción

Nombre del Alumno _____
Apellido, Nombre

Dirección _____ Depto. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de Tel. (Día): _____ (Tarde si es diferente): _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino
mes día año

Escuela a la que asistió _____

Grado al que entra _____

Idioma que habla en casa (si es otro aparte de Español) _____

¿Como supiste de nuestra escuela? (marque todas las opciones correspondientes)

Periódico Radio

Familia/Amigo _____ Otro _____
nombre de la persona que lo refirió explica

Marque Grupo Etnico:

Nativo Americano Hispano Afro Americano

Asiático Anglosajón

Nombre del Padre o Tutor: _____

Firma de Padre o Tutor: _____

Puede regresar las solicitudes directamente a nuestra escuela.
2520 Minnehaha Ave.
Minneapolis, MN 55404
(612) 870-3891

HA SIDO REGISTRADO ALGUNA VEZ CON OTRO NOMBRE?

NO
 SI

NOMBRE:

LUGAR DE NACIMIENTO

Ciudad

ESTADO

PAIS

EL ESTUDIANTE VIVE CON: (MARQUE UNO) 1. AMBOS PADRES

2. MADRE 3. PADRE 4. GUARDIAN 5. PADRE Y MADRASTRA

6. MADRE Y PADRASTRO 7. OTRO PARIENTE 8. SOLO 9. OTRO

MADRE: APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TELEFONO

DIRECCION (SI ES DIFERENTE DEL ESTUDIANTE)

Ciudad

ESTADO

CODIGO POSTAL

PADRE: APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TELEFONO

DIRECCION (SI ES DIFERENTE DEL ESTUDIANTE)

Ciudad

ESTADO

CODIGO POSTAL

NOMBRE DE OTROS ADULTOS QUE VIVEN CON EL ESTUDIANTE:

APELLIDO

NOMBRE

TELEFONO

OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN LA CASA

APELLIDO PRIMER NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO SEXO ESCUELA

EL NIÑO HA ASISTIDO A OTRA ESCUELA
PUBLICA DE MINNEAPOLIS?

NO
 SI

NOMBRE ULTIMO DIA ALLI

ULTIMA ESCUELA ATENDIDA, FUERA DE
MINNEAPOLIS:

DISTRITO NOMBRE DE LA ESCUELA CIUDAD ESTADO

ULTIMO DIA ALLI TIPO DE ESCUELA

MES DIA AÑO PUBLICA NO PUBLICA
 OTRO

SOLO PARA ESTUDIANTES ENTRANDO A
KINGDERGARTEN

CUANTO PRE-ESCOLAR O JARDIN DE INFANCIA HA
ATENDIDO SU HIJO?

None One to two years
 Less than one year More than two years

CUAL DESCRIBE MEJOR EL PROGRAMA AL QUE
ASISTE SU HIJO?

Early childhood family education (ECFE)
 Early childhood special education (ECSE)
 Head Start Head Start plus ECPE or ECSE
 Daycare Pre school other than Head Start
 Other

ESTE ESTUDIANTE HA RECIBIDO ALGUN
SERVICIO DE EDUCACION ESPECIAL?

NO
 Yes

EN CUAL DISTRITO ESCOLAR?

IDIOMA HABLADO EN CASA

PRIMER IDIOMA APRENDIDO POR EL NIÑO:

IDIOMA QUE NORMALMENTE USA EL NIÑO:

IDIOMA NORMALMENTE HABLADO EN CASA:

PUEDA ALGUN ADULTO EN LA CASA LEER
INGLES?

SI NO

SI NO, CONTACTO QUE HABLE INGLES?

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL
ESTUDIANTE:

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL
ESTUDIANTE

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

X

SOLO PARA USO DE LA ESCUELA

REGISTRATION DATE:

SCHOOL ID PROGRAM CODE GRADE

BIRTHDATE & LEGAL NAME

VERIFIED BY

1. BIRTH CERTIFICATE

2. PASSPORT

3. BAPTISMAL RECORD

4. OTHER

HAS IMMUNIZATION INFORMATION
BEEN GIVEN TO SCHOOL?

YES NO
 INCOMPLETE INITIALS

WHO IDENTIFIED STUDENT'S
ETHNICITY?

PARENT/GUARDIAN/OR OTHER

FAMILY MEMBER

SCHOOL STAFF

OTHER

IS STUDENT RECEIVING
TRANSPORTATION AT PUBLIC
SCHOOL EXPENSE?

YES NO

CHECK ENTRY TYPE

ADMIT GREENROLL

SUMMER CHG READMIT

RECEIVE IN. ASSIGNED LIST

AURORA CHARTER SCHOOL
 LIMITED ENGLISH PROFICIENCY INFORMATION (LEP)

Fecha _____

Nombre del estudiante _____ M F Fecha de nacimiento _____
 Apellido, _____ Nombre

Madre/Guardian _____ Padre/Guardian _____

El estudiante vive con: Padres Madre Padre Otro

País de nacimiento: _____ ¿Cuánto tiempo ha vivido el niño en los EE.UU? _____

Primer idioma del estudiante _____ Idioma mas usado por el estudiante _____

Idioma usado en casa _____ Idioma que hablan los padres _____

HISTORIA EDUCATIVA

Tiene el niño algun problema que afecte su aprendizaje? NO YES Explique _____

Ha tenido el estudiante alguna enfermedad grave o accidente? NO YES, Explique _____

EDUCACION DEL ESTUDIANTE

Nombre de escuela(s)	Donde?	Cuanto tiempo?	Idioma

Que idioma puede leer y escribir el niño? _____ Cuanto tiempo ha estudiado inglés? _____

EDUCACION DE LOS PADRES

Padre: _____ Donde? _____ Primaria _____ Secundaria _____ Superior (especifique el grado) _____ Idioma _____

Madre: _____

FORMULARIO DE EMERGENCIA PARA
DEJAR Y RECOJER ESTUDIANTES

Yo _____ autorizo a Aurora Charter School
Nombre del Padre/Madre

para recoger o dejar a _____
Nombre del estudiante

si es necesario. Además estoy de acuerdo en que, si en caso de emergencia,
los padres o contactos de emergencia no pueden ser contactados, doy
permiso a Aurora Charter School llevar mi hijo/a al doctor/dentista/hospital.

La escuela de Aurora Charter School no será responsable por gastos o
acciones legales que puedan surgir como resultado de ésta acción.

Firma

Fecha

Aurora Charter School

Permiso para personas que pueden recoger mi hijo/a

Nombre de estudiante: _____

Numero de teléfono _____

Nombre

Parentesco

1. _____

2. _____

3. _____

Firma de Padre o Tutor

Fecha

HISTORIAL MEDICO

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DE PADRE o TUTOR: _____

COMPANIA DE SEGUROS (SI SE TIENE): _____

NUMERO DE SEGUROS (SI SE TIENE): _____

CLINICA: _____ NOMBRE DEL DOCTOR: _____

¿Hubo alguna complicación durante el nacimiento del niño/a? NO SI Especifique: _____

¿Ha estado su hijo/a hospitalizado/a alguna vez? NO SI Especifique: _____

¿Le ha dicho alguna vez algún doctor/a que su hijo/a tiene una enfermedad? NO SI
Especifique: _____

¿Su hijo/a tiene alguna alergia, (a comida, medicamentos, ambiental)? Favor de
especificar: _____

¿Su hijo/a tiene alguna condición física, que la escuela tenga que tomar en cuenta? Favor
de especificar: _____

¿Su hijo/a está tomando algún medicamento? Favor de indicar que medicamentos

El medicamento necesita ser administrado durante el tiempo de escuela NO SI

Indique el tiempo y con que frecuencia necesita administrarse la medicina

¿Su hijo/a tiene algun impedimento para realizar alguna actividad en especial? NO SI
Favor de especificar: _____

**EN CASO DE UNA EMERGENCIA MEDICA Y QUE EL PADRE o TUTOR o
CONTACTO DE EMERGENCIA NO SEA LOCALIZADO, AUTORIZO A LA ESCUELA
AURORA CHARTER SCHOOL LLEVAR A MI HIJO(A) A UNA CLINICA DE
EMERGENCIA PARA SER ATENDIDO. ME HAGO RESPONSIBLE DE LA
SITUACION Y DEL COSTO DE ESTA ACCION.**

FIRMA DEL PADRE o TUTOR: _____

Aurora Charter School
Permiso para publicar fotografías

Doy permiso a la escuela **AURORA CHARTER SCHOOL** a publicar fotografías de mi hijo o hija para la publicidad de la escuela.

Nombre de estudiante: _____

Firma de Padre o Tutor: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante

Fecha

Nombre de los padres

Dirección

Número de departamento

Ciudad

Estado

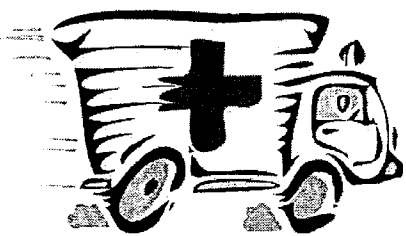
Código postal

NÚMERO DE TELÉFONO

Casa

Trabajo

Celular



CONTACTOS DE EMERGENCIA

Por favor escriba el nombre de familiares ó amigos que podamos contactar en caso de emergencia ó enfermedad. Nosotros llamaremos a los contactos en el orden que usted los liste.

Si hay un cambio de dirección ó número de teléfono, por favor informe a la oficina inmediatamente.

1. _____
 Nombre Dirección Número de telefono Parentesco

2. _____
 Nombre Dirección Número de telefono Parentesco

3. _____
 Nombre Dirección Número de telefono Parentesco

4. _____
 Nombre Dirección Número de telefono Parentesco