

Distrito Escolar Independiente de Wharton: 20/21 Matriculación de alumnos
Información del Estudiante:

Grado: _____ Fecha de entrada: _____ Identificación escolar: _____

SSN: _____ - _____ - _____ Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____
(Primer nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Dirección: _____
(calle) (Ciudad/Estado) (Código Postal)

Tiene necesidades médicas o dietéticas / restricciones: _____

¿Es el estudiante un dependiente de un miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? Si ___ No ___

¿Esta el estudiante en la tutela del Departamento de Familia y Servicios de Protección? Si ___ NO ___

¿Ha repetido el estudiante un nivel de grado? Si ___ No ___ En caso afirmativo, ¿cuál?(es): _____

¿El estudiante ha asistido a la escuela en Wharton ISD antes? Si _____ No _____

Información Familiar: Copia de identificación: _____

Padre/Guardian Padre Madre

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

Dirección (si es diferente del estudiante):

(Calle) (#Apartamento) (Ciuda/Estado) (Código Postal)

Teléfono De Casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Padre/Guardian Padre Madre

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

Dirección (si es diferente del estudiante):

(Calle) (#Apartamento) (Ciuda/Estado) (Código Postal)

Teléfono De Casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Contacto de Emergencia 1**Relación:** _____

Nombre _____

(Primer nombre)

(Segundo nombre)

(Apellido)

Dirección (si es diferente del estudiante):_____
(Calle) (#Apartamento) (Ciuda/Estado) (Código Postal)

Teléfono De Casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Celular: _____ E-mail: _____

¿Esta esta persona autorizada para recoger a su hijo/a de la escuela? Si _____ No _____

Contacto de Emergencia 2**Relación:** _____

Nombre _____

(Primer nombre)

(Segundo nombre)

(Apellido)

Dirección (si es diferente del estudiante):_____
(Calle) (# Apartamento) (Ciuda/Estado) (Código Postal)

Teléfono De Casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Celular: _____ E-mail: _____

¿Esta esta persona autorizada para recoger a su hijo/a de la escuela? Si _____ No _____

Lista de todos hijos que asisten a escuelas de WISD:

Nombre del estudiante	Escuela	Nombre del estudiante	Escuela

Información de Transporte:

Hora del día:	Coche:	Autobús:	Dirección:
Antes De La Escuela	Si o No	Si o No	
Despues De La Escuela	Si o No	Si o No	

Certifico que la información que he proporcionado en este documento es exacta y que el niño nombrado arriba estará permanentemente viviendo en la dirección indicada. Es mi responsabilidad de notificar a la escuela de cualquier cambio de información.

Firma del Padre o Madre/Custodio: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____