



Geyserville Unified School District FORMA DE REGISTRO

FECHA DE INSCRIPCIÓN _____

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE

GRADO ACTUAL

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Sexo: M/F/No-Binario

Dirección para Correspondencia Ciudad Código Postal

Dirección de su Residencia Ciudad Código Postal

FECHA DE NACIMIENTO:		
Mes	Dia	Año

INFORMACION DE PADRE(S) / GUARDIÁN(ES)

Madre Tel. de Casa Tel. de Trabajo Tel. Celular

Padre Tel. de Casa Tel. de Trabajo Tel. Celular

Correo Electrónico de Madre

Correo Electrónico de Padre

ESTUDIANTE VIVE CON: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> casados <input type="checkbox"/> padrasto <input type="checkbox"/> madrastra <input type="checkbox"/> separados <input type="checkbox"/> guardián (masculino) <input type="checkbox"/> guardián (femenino) <input type="checkbox"/> divorciados <input type="checkbox"/> padre adoptivo <input type="checkbox"/> madre adoptive <input type="checkbox"/> fallecidos <input type="checkbox"/> otro		ESTADO DE PADRE(S) / GUARDIÁN(ES): <input type="checkbox"/> (1) No Graduado de la Preparatoria <input type="checkbox"/> (2) Graduado de la Preparatoria <input type="checkbox"/> (3) Alguna educación del Colegio <input type="checkbox"/> (4) Graduado del Colegio <input type="checkbox"/> (5) Escuela/Entrenamiento Posgrado	Mother (guardian 1)	Father (guardian 2)
--	--	---	------------------------	------------------------

SPECIAL PROGRAMS: (check all that apply)

SDC Pasado Presente
 Speech Pasado Presente
 RSP Pasado Presente
 GATE Pasado Presente
 Otro _____ Pasado Presente

INFORMACION SOBRE LA SALUD:

<input type="checkbox"/> Alergia a las Abejas	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Alergias de Comida	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos
	<input type="checkbox"/> Asma Severa	<input type="checkbox"/> Alergias Estacionales	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñon
Fecha de Última Picadura	<input type="checkbox"/> Hemorragias Nasales	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Ataques	<input type="checkbox"/> Habla
Describe la Reacción			<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Vision

Medication

¿Qué?
¿Cuándo?
¿Por qué?

Comprendo que debo llenar un **formulario para la administracion de medicina** y tenerlo en el archivo de mi hija/o para que le administren cualquier medicamento.

HERMANOS VIVIENDO EN SU CASA:

Nombre Fecha de Nacimiento Nombre Fecha de Nacimiento

Nombre Fecha de Nacimiento Nombre Fecha de Nacimiento

IMMUNIZACIONES: (uso de oficina) Requisitos Cumplidos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DISCIPLINA: ¿Alguna expulsión previa, ó candidato para ser expulsado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Explique: _____
---	---

ORDEN JUDICIAL (Debe de tener copia en el archivo.)

FIRMA DEL PADRE/GARDIAN

FECHA