

INFORMACION DE ESTUDIANTE(Grades TK-12)
PETALUMA CITY (ELEMENTARY) AND JOINT UNION HIGH SCHOOL DISTRICTS

Escuela de Residencia _____ Año 20 ____ -20 ____ Fecha _____

Escuela Solicitada (en orden de elección): 1. _____ 2. _____ 3. _____

Nombre Legal del Estudiante _____ Grado _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: Masculino Femenino No Binario Numero de Telefono: _____
Mes / Día / Año

Dirección de Correo: _____ Apto. # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección de Su Casa: _____ Apto. # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Nombre de Padre/Guardián Legal _____ Empleador _____
Apellido Primer Nombre

Ocupación _____ Teléfono de Día _____ Celular _____ Email _____

Nombre de Madre/ Guardián Legal _____ Empleador _____
Apellido Primer Nombre

Ocupación _____ Teléfono de Día _____ Celular _____ Email _____

Nombre de Otro Guardián Legal _____ Empleador _____
Apellido Primer Nombre

Ocupación _____ Teléfono de Día _____ Celular _____ Email _____

ESTUDIANTE VIVE CON (Marque lo que aplique): Padre Madre Padrastro Madrastra Abuelo Abuela Tío Tía
 Guardián Legal(es) Otro Condiciones: _____

¿Están los padres separados? Sí No si contestó Si, ¿puede el otro padre recoger al estudiante de la escuela? Yes ____ No ____

(SON NECESARIOS LOS DOCUMENTOS LEGALES) PAPELES DE CUSTODIA LEGAL EN EL ARCHIVO _____

2da dirección de Correo _____ Apto. # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Hermanos/hermanas (que viven en casa)*	Fecha de Nacimiento	Edad	Si va a la escuela, nombre de la escuela
Nombre _____	_____	_____	_____
Nombre _____	_____	_____	_____
Nombre _____	_____	_____	_____

*Si más de 3 niños viven en la casa, por favor adjunte otra hoja

Escuela Anterior _____
Nombre de la Escuela Dirección Ciudad Estado Código Postal

Está su estudiante bajo orden de expulsión en otro distrito o está siendo recomendado para expulsión? Sí ☐ No ☐

PROGRAMAS ESPECIALES

¿Tiene su hijo/a un IEP, plan 504, o recibe servicios de terapia de lenguaje? Sí ☐ No ☐ Si contesta sí, por favor especifique _____

¿Ha sido su hijo/a identificado como estudiante dotado y Talentoso (GATE)? Sí No

Alguna consideración especial de salud o alergias (por favor, indique si le han prescripto EpiPen) _____

INFORMACIÓN OBLIGATORIA CONFORME AL MANDATO DEL ESTADO
PETALUMA CITY (ELEMENTARY) AND JOINT UNION HIGH SCHOOL DISTRICTS