

BRANDYWINE SCHOOL DISTRICT STUDENT REGISTRATION FORM - (Español)

PLANILLA DE INSCRIPCIÓN DEL DISTRITO

Basado en asistencia para personas sin residencia fija, McKinney-Vento Homeless Assistance Act (P.L. 107-110). McKinney-Vento Act (Title X, Part C of the No Child Left Behind Act)

Se le requiere contestar estas preguntas ya que **no pudo proveer algunos de los documentos requeridos para inscribir a un estudiante**. De acuerdo con el Acta de Asistencia a Personas sin Residencia Fija McKinney-Vento (P.L. 107-110), los estados y las localidades están requeridas a inscribir los estudiantes bajo la categoría de "persona sin residencia fija". Completando esta certificación, usted está facilitando la registración de su niño(a) o su propia registración.

- _____ Prueba de residencia
 - _____ Prueba de custodia
 - _____ Documentos de identidad
 - _____ Certificado de nacimiento
 - _____ Registro de vacunas
 - _____ Físico para la escuela / registros de salud
 - _____ Record de Escuela anterior
 - _____ Otro (por favor describa abajo)
-

1. Nombre completo de la persona que completa este formulario : _____

2. ¿Entiende usted que dar una respuesta falsa o no verdadero a cualquiera de las preguntas de esta declaración puede dar lugar a una infracción penal o perjurio en su contra? No Sí

3. ¿Cuál es (son) el nombre(s) completo del estudiante(s), edad(s) fecha(s) de nacimiento y lugar de nacimiento(s) que desea inscribir en este distrito? Use una hoja de papel aparte si están registrando más de 4 estudiantes.

Nombre de Estudiante (s)	Edad	Fecha Nacimiento	Lugar -Nacimiento (Ciudad, Estado)
(1) _____	_____	____/____/____	_____
(2) _____	_____	____/____/____	_____
(3) _____	_____	____/____/____	_____
(4) _____	_____	____/____/____	_____

4. Nombre de los Padres, Padres por adopción legal, guardianes o personas que tengan la custodia legal del estudiante(s) que está inscribiendo? (Si usted es un menor no acompañado, por favor indique su padre(s), tutor(s) u otros adultos que le ayudan, como familiares, cuidadores, trabajadores sociales, etc.)

Nombre _____

Relación _____

Nombre _____

Relación _____

5. ¿Dónde está (n) el estudiante (s) actualmente? Incluya la dirección y el tipo de vivienda (por ejemplo, casa, apartamento, hotel, coche, etc.) ¿Dónde se queda el estudiante por la noche?

Lugar de residencia:

Nombre de la calle apartamento # ciudad estado código postal tipo de vivienda

En la noche me quedo:

_____ en un refugio _____ en un motel/hotel _____ en un coche _____ en un campamento

_____ en otro lugar que no es adecuado para las personas (por ejemplo, un edificio abandonado)

_____ temporalmente con más de una familia en una casa, casa móvil, o un apartamento (porque la familia no tiene un lugar propio)

_____ otro (en una disposición que no es fija, regular y adecuada y no se describe por las otras opciones).

6. ¿Tiene custodia legal impuesta por una orden judicial o ha sido designado como tutor por el tribunal para el estudiante(s) que está inscrito? No Sí

7. ¿Por qué usted no puede presentar una copia de la documentación de los documentos seleccionados en la página 1 para los alumnos(s) que usted inscribe?

8. ¿De acuerdo a su conocimiento, ha sido este estudiante (o estos estudiantes) reportados a cualquier agencia del estado como un niño (s) desaparecido? No Sí

Si la respuesta a esta pregunta es Sí, identifique por su nombre y a la comisaría en la que se reporto desaparecido/a, y la fecha del reporte.

Agencia

Fecha del informe

9. Con el fin de ayudar al distrito escolar localizar la información que falta, por favor proveer las últimas tres escuelas que su hijo asistió, comenzando por la más reciente:

(1) Nombre de la escuela: _____ Distrito: _____

Dirección de la escuela: _____
Número y nombre calle ciudad estado código postal

(2) Nombre de la escuela: _____ Distrito: _____

Dirección de la escuela: _____
Número y nombre calle ciudad estado código postal

(3) Nombre de la escuela: _____ Distrito: _____

Dirección de la escuela: _____

10. Clínica o facilidad donde el estudiante fue o será vacunado o recibirá tratamiento medico:

Nombre de la instalación _____

ciudad _____

estado _____

código postal _____

Bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Delaware, declaro que la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta y de mi propio conocimiento personal y que, si soy llamado a testificar, podre hacerlo.

X

Firma de la persona que completa este formulario _____

Fecha _____

Nombre impreso de la persona que completa este formulario _____

Teléfono de la casa _____

Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

Dirección de la persona que completa este formulario _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Dirección de correo electrónico de la persona que completa este formulario _____

Me pueden contactar en caso de emergencia en: _____ o _____
(teléfono número 1) (teléfono número 2)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Proof of Birth _____

Record of Immunization? No Yes

Proof of Residence _____

Student ID# _____

Walker _____

Grade _____ Homeroom # _____

Bus # _____

Teacher _____

Trip _____ Stop _____

