

Forma de Aplicación Estudiantil de La Escuela Comunitaria de Mosier por el año escolar 2010-2011

Favor de devolver la forma a La Escuela Comunitaria de Mosier, PO Box 307 Mosier, Or. 97040

Student ID # _____

Date _____

Apellido del Estudiante (Legal)		Nombre (Legal)		Apellido Materno (Legal)		Sobrenombre:	
Domicilio/Calle		Dirección para mandar correo, si es diferente		Numero Telefono de Casa		Numero ce lular	
Domocilio electronico para usar por comunicación con la escuela:		Padres, les interesa ingresar en la fundación de MCS? No cuesta nada para ser miembro, ni se obliga nada. Pero, si quiere votar en la elección anual de la junta directiva, tiene que ser miembro. Si, quiero ingresarme _____ Si, quiero ingresarme _____					
Es un domicilio temporal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, favor de llenar la caja al lado derecho			Domicilio temporal <input type="checkbox"/> 1-6 meses <input type="checkbox"/> Mas de 6 meses <input type="checkbox"/> Otro periodo de tiempo			Grado	
Fecha de Nacimiento Mes Dia Año		Edad	Lugar de Nacimiento Ciudad Estado		<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		Nombre de la Escuela que asistio ultimamente
Nombre y numero de telefono de persona en caso de emergencia (que no sea padres o doctor)							
1 st opcion: Nombre/Telefono			2 nd opcion: Nombre/Telefono			Nombre de guaradia y telefono	
Estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor							
Quien tiene custodia legal del estudiante? _____ Custodia temporal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____							
Hay alguna orden de corte que prohíbe al padre que no tiene La custodia de contactarse con el estudiant? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No . <i>Si es si, deber proveer con una copia de la corte.</i> _____							
Padre/Tutor Nombre Completo		Vivindo en casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Por favor escriba los nombres del todos los ninos en las familia. Indique que ninos iran al Kinder este otono. Nombre Edad Grado			
Ocupacion		Empleo <input type="checkbox"/> Federal/Estado		Telefono del Trabajo y/o teléfono celular			
Padrastro		Vivindo en casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Ocupacion		Empleo <input type="checkbox"/> Federal/ Estado		Telefono del Trabajo y/o tel'fono celular		Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> IndioAmericano <input type="checkbox"/> Isla Pacifico <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Madre/Tutor Nombre Completo		Vivindo en casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Me he movido en los ultimos tres anos para conseguir / <input type="checkbox"/> Si buscar trabajo en la agricultura o pesca. <input type="checkbox"/> No			
Ocupacion		Empleo <input type="checkbox"/> Federal/ Estado		Telefono del Trabajo y/o teléfono celular		Ha estado anteriormente en programas especiales? <input type="checkbox"/> Si Si es si, que programa: <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> TAG <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Lenguaje <input type="checkbox"/> ESL/Bilingual <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Madrastra		Vivindo en casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Cuidado Medico		Doctor's Name/Phone	
Ocupacion		Empleo <input type="checkbox"/> Federal/Estado		Telefono del Trabajo y/o tel'fono celular		<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Diabetis <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Estas expulsado o has sido expulsado de alguna escuela anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es si, la expulsion fue por una violacion de arma (cuchillo, pistola, etc)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							

