



# Council Bluffs Community SCHOOL DISTRICT

Los alumnos deben estar inscritos con su Nombre Completo tal como se documenta en el Acta de Nacimiento u otro Documento Legal

## INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre (Apellido(s), Nombre, 2do Nombre)      Fecha de Nac.      Grado      Género

\_\_\_\_\_  
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, C.P.)      Número de Teléfono de Casa

\_\_\_\_\_  
Número de Medicaid del Alumno (si corresponde)

**Etnia:** Hispano/Latino (Marque el que corresponda): Sí    No

**Raza** (Marque el que corresponda):

Nativo Americano/Nativo de Alaska    Asiático    Negro/Afroamericano    Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico    Blanco

### Reside con:

Persona 1

Persona 2

Nombre, Relación		
Dirección		
Ciudad, Estado, C.P.		
Teléfono de la casa		
Teléfono celular		
Correo electrónico		
Empleador		
Teléfono del trabajo		

### No Reside con:

Persona 1

Persona 2

Nombre, Relación		
Dirección		
Ciudad, Estado, C.P.		
Teléfono de la casa		
Teléfono celular		
Correo electrónico		
Empleador		
Teléfono del trabajo		
Enviar correo escolar	SÍ / NO	SÍ / NO

**Contacto de Emergencia o Niñera (NO EL PADRE O TUTOR)***Indique dos -- Estas personas están autorizadas para recoger a este alumno si el Padre o Tutor no está disponible.*

Nombre:		
Teléfono:		

**Información Médica**

¿Alguna enfermedad crónica / Alergias?	Medicamentos recetados diarios tomados en casa?	Medicamentos recetados diarios tomados en la escuela
<b>SÍ / No</b> En caso afirmativo, se le enviará otro formulario para el historial de salud del alumno.		
<b>Médico</b>	<b>Teléfono</b>	<b>¿Vacunas nuevas? SÍ / NO</b>

**Información del idioma/ lugar de nacimiento**

1) ¿Fue el inglés el primer idioma que su hijo(a) aprendió a hablar?	SÍ / NO
2) ¿Idioma(a) hablado(s) en casa por el alumno?	
3) ¿Idioma(s) hablado en casa por otros?	
4a) Lugar de nacimiento del alumno (Ciudad, Estado, País)	

4b) Por favor haga una lista de otros niños en su hogar entre las edades de 3 y 18 años.					
Nombre	Escuela	¿Nacido en los Estados Unidos?	Nombre	Escuela	¿Nacido en los Estados Unidos?
		SÍ / NO			SÍ / NO
		SÍ / NO			SÍ / NO

**Información diversa**

1) ¿Tiene su hijo(a) restricciones dietéticas médicas significativas o alergias a los alimentos? (Si es así, por favor notifique a la escuela de instrucciones específicas)
---

**Última Escuela a la que asistió:** \_\_\_\_\_

<b>Información de salida temprana: En caso de cierre de emergencia de la escuela, mi hijo(a) tiene instrucciones de:</b> (Marque el que corresponda)		
<b>Ir a casa que aparece a continuación:</b> (Nombre, Dirección, Teléfono, Relación)	<b>Ir directamente a casa</b>	<b>Kids &amp; Company</b>

Su firma abajo indica que la información que proporcionó en este formulario es precisa. En cualquier momento si usted o su hijo(a) tienen preguntas con respecto a este documento, comuníquese con la escuela o con cualquier miembro del personal para obtener ayuda. Usted es responsable de actualizar esta información a medida que cambie.

<b>Firma del Padre/Tutor:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
-------------------------------------	---------------------

**Para los alumnos nuevos de Kinder, ¿a qué preescolar asistió? (Marque el que corresponda)**

**Asistió en el Distrito**                      **No asistió**                      **Asistió a otro**