

**Pilot Point ISD**  
**Formulario de inscripción 2018-2019**

Fecha de entrada: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nivel de grado \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante legal: \_\_\_\_\_

**Apellido** \_\_\_\_\_ **Primer Nombre** \_\_\_\_\_ **Nombre Intermedio** \_\_\_\_\_ **Jr., II, III** \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguridad Social # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Estado de la Ciudad \_\_\_\_\_ Número de celda del estudiante \_\_\_\_\_

**Información para padres / tutores**

**1. Nombre del padre / tutor:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ estado, ZIP \_\_\_\_\_

Dirección de envío \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ estado, ZIP \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**2. Nombre del padre / tutor:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ estado, ZIP \_\_\_\_\_

Dirección de envío \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ estado, ZIP \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**\*Número de teléfono principal que llamará Automated System para recordatorios y cierres \_\_\_\_\_ \***

**Persona que se inscribe al estudiante**

Nombre: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

**Información de hermanos**

| <u>Hermanos hermanas</u> | <u>Grado</u> | <u>Escuela</u> | Doctor Preference _____        |
|--------------------------|--------------|----------------|--------------------------------|
| _____                    | _____        | _____          | Número de doctor _____         |
| _____                    | _____        | _____          | Preferencia hospitalaria _____ |
| _____                    | _____        | _____          | Preferencia del dentista _____ |
| _____                    | _____        | _____          | Número de dentista _____       |
| _____                    | _____        | _____          | Alergias _____                 |

**Información de Contacto en caso de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celda \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celda \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celda \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celda \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celda \_\_\_\_\_

La información anterior se requiere para un registro escolar permanente de su hijo y será utilizada por el personal de la escuela. Los documentos, registros o información falsos son una violación de la ley estatal y pueden eponerlo a la expulsión del distrito. Certifico que la información dada es correcta. Autoriz a la escuela a contactar a la persona nombrada en este formulario y al médico mencionado anteriormente para que brinde el tratamiento que sea necesario en caso de emergencia de dicho niño. En el caso de que los padres, médicos u otras personas nombradas no puedan ser contactados, se autoriza a los funcionarios de la escuela a tomar cualquier medida que sea necesaria a su juicio para la salud del niño mencionado anteriormente. No responsabilizaré financieramente al distrito escolar por la atención de emergencia y / o el transporte.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**(Sólo para uso de oficina)**

Fecha de retiro: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_ Retirado por: \_\_\_\_\_