

South Lyon Community Schools

Formulario de Inscripción

* Por favor complete todas las secciones en AMBOS lados

Página 1

Seleccione la escuela aplicable: Bartlett Brummer Dolsen Hardy Kent Lake Pearson Salem Sayre ECC
 Centennial Middle School Millennium Middle School South Lyon High School South Lyon East High School

Información del Estudiante

Fecha: _____ Grado de empezar: _____ Sexo M F Parto múltiple? Sí No Gemelo/a Trillizo/a Cuatrillizo/a

Apellido del estudiante: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento: _____ La ciudad/estado de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de calle: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Nombre de subdivision/barrio: _____ Tipo de vivienda: Casa/apt existente Nueva construcción

País de nacimiento del niño/a si no el EEUU: _____ Fecha en que el/la niño/a entró el EEUU: _____ Fecha en que empezó la escuela en los EEUU: _____

Información de la Familia

Padre/Guardián #1 Relación al estudiante: _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Teléfono de trabajo : _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Padre/Guardián #2 Relación al estudiante: _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Padre que no vive con el estudiante

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Teléfono: _____ Madre Padre Guardián

Dirección de calle: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Correo electrónico : _____

Otros niños que viven en la casa

Nombre	Fecha de nac.	Edad	Grado	Escuela (si asiste)

Escuela anterior

Si su hijo/a viene de otro distrito escolar, por favor llene lo siguiente: (Admisión a la escuela es condicional en espera de la recepción de los registros de la escuela anterior.)

Nombre de la última escuela asistió: _____ Nombre del distrito: _____ Ciudad: _____

¿Ha asistido el estudiante una escuela de South Lyon anteriormente? Sí No Nombre de la escuela: _____

Apellido del estuadiate: _____ Primer nombre: _____

Origen Étnico

Etnicidad (Seleccione una): Hispano/Latino No Hispano/Latino

Raza (Seleccione una o más: asiático Negro Hawaiano/Pacífico Blanco Indio americano: Afiliación tribal : _____
 Multirracial - Por favor incluya los **porcentajes** al lado de las razas.

Encuesta del idioma hablado en casa

¿Es la lengua nativa de su hijo/a un lenguaje que no sea el inglés? Sí No Si contesta que sí, ¿cuál es el lenguaje? _____
 ¿Es el lenguaje principal hablado en el hogar de su hijo/a un lenguaje que no sea inglés? Sí No Si contesta que sí, ¿cuál es el lenguaje? _____

Servicios Especiales

Ha sido evaluado o recibido su hijo/a PROGRAMAS O SERVICIOS DE EDUCACION ESPECIAL? Sí No

¿Tiene su hijo/a un PLAN de SECCION 504? Sí No

Si contestó que sí a cualquiera de estas preguntas, por favor contacte la Oficina de Educación Especial a: 248-573-8220.

Residencia: Donde vive actualmente su hijo/familia?(Esta pregunta es requerida por el gobierno federal por parte de ESSA)

¿La dirección es una situación temporal? Sí No Si contesta que sí, ¿es debido a dificultades económicas o pérdida de vivienda? Sí No

Si contesta que sí a las dos preguntas, ¿donde vive? (Haz un círculo): motel/hotel albergue niño/a foster terreno de camping compartiendo una habitación otro

Estatus misceláneo: Militar Activo, Niño/a Foster

¿Está uno o más de un padre/guardián legal con quien el estudiante vive en Asignación Militar Activa? Sí No

¿Está el estudiante un niño foster? Sí No ** Si contesta que sí, por favor proporcione una copia de la carta de colocación.

Afirmación de padre/guardián

Mi firma certifica que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa, y que mi hijo/a y yo residimos en la dirección indicada. Entiendo que mi hijo/a puede ser retirado de las listas de la escuela el siguiente año escolar si un padre/guardián legal se muda del Distrito SLCS. Entiendo que cualquier información falsa proporcionada por mí puede someterme a sanciones legales por perjurio. Entiendo que me han proporcionado el formulario "Comprensión de las conmociones cerebrales" en el momento del registro.

Firma de padre/guardián legal: _____ Fecha: _____

For Office Use Only (Sólo para uso de la oficina)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Birth Certificate | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Utility Bill | <input type="checkbox"/> Closing paper documentation (1 piece) |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Immunization Records | <input type="checkbox"/> Rent/Mortgage receipt | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Vision Test (K registration) | <input type="checkbox"/> Bank Statement | |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Request for Records | <input type="checkbox"/> Homeowners Insurance Policy | |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Acceptable Use Policy | <input type="checkbox"/> Drivers License OR Voter Registration Card | |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Confirmation of discipline | | |

New to SLCS doing SOC until home is completed:

- Yes No Letter from builder that includes the projected closing date
 Yes No **Proof 1** of Current Residency Yes No **Proof 2** of Current Residency
 Yes No Non-Resident School of Choice Form OR Yes No Resident School of Choice Form

GSRP Students ONLY Federal Poverty Level Quintile Please check applicable code: 01 02 03 04 05 06 07

Foster Child ONLY Placement Letter Received Yes No

Entry Date	Student #	Food Service PIN	Teacher	Faxed to Pupil Service For registrations between count days