

**Escuelas Públicas de Detroit**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL ESTUDIANTE**

**Información del Estudiante**

Número de Identificación \_\_\_\_\_ Grado + Sufijo (A/B): \_\_\_\_\_

(Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	( Jr., etc.)
(Fecha de nacimiento)	(Sexo)	(Origen étnico)	(Idioma)
(Dirección del estudiante)	(Ciudad)	(Estado)	(Código Postal)
(Escuela a la que asistió anteriormente)	(Dirección de esa escuela: #calle, ciudad, estado código postal)		

Razón de transferencia \_\_\_\_\_

El estudiante vive con  Padre  Madre  Tutor-parentesco/relación \_\_\_\_\_

**Información del Padre/Tutor**

¿Empleado de DPS?  Sí  No

(Nombre del padre)	(Dirección, ciudad, estado, código postal)
--------------------	--

(Teléfono de casa)	(Teléfono celular)	(Nombre de la Compañía de trabajo)	(Teléfono del trabajo) _____
¿Empleado de DPS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

(Nombre de la madre)	(Dirección, ciudad, estado, código postal)
----------------------	--

(Teléfono de casa)	(Teléfono celular)	(Nombre de la Compañía de trabajo)	(Teléfono del trabajo)
¿Empleado de DPS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

(Nombre del padre tutelar)	(Dirección, ciudad, estado, código postal)
----------------------------	--

(Teléfono de casa)	(Teléfono celular)	(Nombre de la Compañía de trabajo)	(Teléfono del trabajo)
--------------------	--------------------	------------------------------------	------------------------

Mi hijo(a) califica para recibir: **(por favor marque todos a los que califica):**

- Almuerzo a bajo costo  Almuerzo gratuito  Almuerzo a su costo  Servicios Educación de Especial  Consejería  
 Corrección del habla  Vista  Oído  Medicamentos de receta  Ingles como segundo idioma (ELL/ESL)  
 Otros servicios \_\_\_\_\_  
 Idiomas que se hablan en casa: \_\_\_\_\_ Condición(es) medicas especial(es) \_\_\_\_\_

**Información en caso de emergencia- (Mi hijo(a) puede ser recogido SOLO por las siguientes personas)**

Nombre	Teléfono	Nombre	Teléfono

**Yo certifico que la información que se proporciona en este formulario es verdadera y precisa. Si es necesario, el Departamento de Asistencia me puede entrevistar para comprobar los datos aquí proporcionados.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

<b><u>FOR OFFICE USE ONLY (SOLO PARA USO DE LA OFICINA):</u></b>			
NEW TO DPS: <input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> Transcript <input type="checkbox"/> Most Recent Report Card Credit Hours			
_____	_____	_____	_____
(Counselor)	(Homeroom)	(Homeroom Teacher)	(Bus Route)

