

Escuelas Públicas de Detroit
FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL ESTUDIANTE

Programa: _____ AM _____ MID _____ PM _____ Estudiante nuevo o de regreso _____

Escuela local: _____ Consejero de la escuela: _____ Consejero de carreras técnicas _____

Cambio de record

Fecha en que entró: _____ Residente No Residente

Escuela en la que se está inscribiendo _____ Código de la Escuela _____

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) (Titulo I/31A)

(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? Sí 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? Si 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 de Educación Especial Consejería
 Corrección del habla Vista Oído Medicamentos de receta Inglés 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 _____

FOR OFFICE USE ONLY (SOLO PARA USO DE LA OFICINA):

NEW TO DPS: Birth Certificate Immunization Transcript Most Recent Report Card Credit Hours

_____ (Counselor) _____ (Homeroom) _____ (Homeroom Teacher) _____ (Bus Route)