Salvemos a todos los niños
Transformando la América Urbana a través de la Educación y la Reforma Política

Formulario de Nuevo Registro de SCA **Fecha de recepción:**_____*(Solo para uso de oficina)*

Apellido del estudiante:_____Nombre(s):_____
Segundo nombre(s):_____Sexo *(círcule una opción)* Masculino / Femenino
PIN asignado por MNPS:_____Edad del estudiante:_Fecha de nacimiento:_____/_____/_____
¿Cuál es el nombre de la última escuela a la que asistió este estudiante?_____
¿El estudiante necesita transporte en AUTOBÚS? SÍ NO mi hijo viajará en coche

Etnicidad(circule una opción) Hispano / No hispano
Carrera (marque con un círculo todas las opciones que correspondan)
Nativo americano / Nativo de Alaska / Asiático / Afroamericano / Isleño del Pacífico / Nativo Hawaiano / Blanco

País de nacimiento del solicitante_____Fecha de entrada en EE. UU._____
Estado de nacimiento_____Condado de nacimiento_____Ciudad de nacimiento_____
Fecha en que el estudiante ingresó por primera vez a una escuela de EE. UU._____
Nombre de soltera de la madre_____

Marque con un círculo los servicios que recibe su estudiante:
Plan de Educación Individualizado (IEP) / 504 / EL

¿Se le pidió al estudiante que se fuera o fue expulsado de la última escuela? SÍ / NO

Dirección residencial del estudiante_____APTO#_____
Ciudad_____Estado_____Código Postal_____Teléfono de casa (___)_____-_____

Dirección de envío *(si es diferente de la dirección residencial)*
DIRECCIÓN_____Apto#_____ Ciudad_____ Estado_____ Código Postal_____

Padres o tutores que viven en el mismo hogar con este estudiante *(enumere a cada padre/tutor en una línea separada)*
1.) Relación con el estudiante: (marque una) Madre / Padre / Tutor legal
Apellido_____Nombre de pila_____MI_____
Fecha de nacimiento _____/_____/_____ **(circule una opción) Masculino / Femenino**
Teléfono móvil (_____)_____-_____ Correo electrónico _____
Esta persona necesita acceso a: *(círcule todas las opciones que correspondan)*portal / asistencia / comportamiento / correos / profesor / mensajes

2.) Relación con el estudiante: (marque una) Madre / Padre / Tutor legal
Apellido_____Nombre de pila_____MI_____
Fecha de nacimiento _____/_____/_____ **(circule una opción) Masculino / Femenino**
Teléfono móvil (_____)_____-_____ Correo electrónico _____
Esta persona necesita acceso a: *(círcule todas las opciones que correspondan)*portal / asistencia / comportamiento / correos / profesor / mensajes

3.) Relación con el estudiante: (marque una) Madre / Padre / Tutor legal
Apellido_____Nombre de pila_____MI_____
Fecha de nacimiento _____/_____/_____ **(circule una opción) Masculino / Femenino**
Teléfono móvil (_____)_____-_____ Correo electrónico _____

Esta persona necesita acceso a: *(círcule todas las opciones que correspondan)*portal / asistencia / comportamiento / correos / profesor / mensajes

Declaración de residencia:¿Dónde vive el estudiante?*(circule una opción)*
Inicio / Apartamento Motel Camping Automóvil Pariente / Amigo N / A

Enumere a los estudiantes del mismo hogar que estén inscritos en una escuela pública o autónoma de Metro Nashville.

1. **Nombre:**_____**Fecha de nacimiento:**_____/_____/_____**Escuela:** _____
2. **Nombre:**_____**Fecha de nacimiento:**_____/_____/_____**Escuela:** _____
3. **Nombre:**_____**Fecha de nacimiento:**_____/_____/_____**Escuela:** _____
4. **Nombre:**_____**Fecha de nacimiento:**_____/_____/_____**Escuela:** _____

Contactos de emergencia a los que llamar, en el orden indicado a continuación, si el personal de la escuela no puede comunicarse con los padres o tutores:

1. Nombre del contacto_____Fecha de nacimiento_____/_____/_____
Relación con el estudiante_____Teléfono #(_____)_____-_____(Masculino / Femenino)
2. Nombre del contacto_____Fecha de nacimiento_____/_____/_____
Relación con el estudiante_____Teléfono #(_____)_____-_____(Masculino / Femenino)
3. Nombre del contacto_____Fecha de nacimiento_____/_____/_____
Relación con el estudiante_____Teléfono #(_____)_____-_____(Masculino / Femenino)

Información de salud para estudiantes:¿Tiene el niño algún problema de salud?_Sí _____No (Si es así, proporcione documentación a la escuela)

Asegúrese de completar un formulario de Historial de Salud si respondió afirmativamente a la pregunta.
Problemas de salud que deben anotarse en el expediente del estudiante: Asma / Diabetes / Alergias / Otros:_____

Aviso legal¿Existe alguna orden judicial o problema legal que involucre a este estudiante?_____Sí _____No
(Si respondiste ***Sí*** en cuanto al Aviso Legal, deberá proporcionar un documento de orden judicial vigente firmado por un Magistrado/Juez)

Certifico que soy el padre, madre o tutor del niño mencionado anteriormente y que he proporcionado a SCA información precisa según lo exige la ley estatal, y que la dirección anterior es la residencia principal donde vivimos mi hijo y yo. Notificaré a la escuela cualquier cambio de residencia dentro de los 10 días posteriores a dicho cambio. Confirmo mi decisión de que mi hijo asista a la Academia Smithson Craighead en Project Reflect Inc. Autorizo al personal de SCA/PRI a revisar el expediente académico de mi hijo, fotografiarlo y usar estas fotografías con fines públicos, a asistir a excursiones escolares mientras viaja en el autobús escolar y liberó al personal, los maestros y todas las personas relacionadas de SCA/PRI de toda responsabilidad. Acepto los términos y condiciones del manual escolar y reconozco que soy el representante legal del niño mencionado en este formulario.

Nombre impreso del padre o tutor:_____

Firma del padre o tutor:_____

Fecha: _____