



# HACKENSACK PUBLIC SCHOOLS

## Solicitud De Inscripción

<b># de ID de Estudiante:</b> _____		<b>INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE</b>				<b># de ID del Estado:</b> _____					
Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Genero M                      F		Fecha de Nacimiento Mes                      Dia                      Año			
Ciudad de nacimiento		Estado de Nacimiento:		Pais de Nacimiento:		Fecha de entrada a los EU:					
<b>Origen étnico:</b> ___Blanco    ___Negro (o Afro-Americano)    ___Indio Americano/ Alascano    ___Asiático    ___Hawaiano/ Isla del Pacifico    ___Otro											
<b>Etnicidad</b> _____ Hispano o Latino    _____ No Hispano o Latino <i>Datos de origen étnico se requiere de todas las escuelas públicas de NJ para la realización de informes estatales y federales.</i>											
Residencia Legal:		NJ									
		Calle		Cuidad		Estado		Zip Code			
Nombre de escuela anterior				Ciudad, Estado				Fecha de asistencia			
¿Fue alguna vez el estudiante evaluado para los servicios relacionados con la educación especial?    _____ <b>NO</b> _____ <b>SI</b>											
Documentación de respaldo (por favor marque lo que corresponda):    _____ IEP    _____ IFSP    _____ ISP    _____ 504 _____ Evaluación    _____ Nota del Doctor    _____ Maestro/Escuela de correspondencia    _____ Otro _____											
Hermano(s) asistiendo las escuelas públicas de Hackensack	Nombre                      Escuela                      Grado			Nombre                      Escuela                      Grado							
	1. _____			2. _____							
	3. _____			4. _____							
<b>INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR</b>											
Padre/Tutor 1 Contacto Primario		Primer Nombre				Apellido				Relación	
		Dirección: (Si diferente al estudiante)		Calle		Apto		Ciudad		NJ Estado    Zip Code	
Teléfono de la casa:		Cellular:			Teléfono del trabajo:			Email:			
Padre/Tutor 2		Primer Nombre				Apellido				Relación	
		Dirección: (Si diferente al estudiante)		Calle		Apto		Ciudad		NJ Estado    Zip Code	
Teléfono de la casa:		Cellular:			Teléfono del trabajo:			Email:			

Certifico que la información dada por mi es verdadera, soy consciente de que si cualquiera de las declaraciones hechas por mi son falsas, estoy sujeto(a) a castigo bajo la ley.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### USO DE LA OFICINA

Escuela:		Programa:		Código de Entrada:	
Fecha de Registración:		Fecha de Entrada a la Escuela:		Grado/HR	
Fecha de nacimiento verificada:		Residencia Verificada:		Formulario Médicos Aprobados por la Enfermera del Colegio:	
Iniciales		Iniciales		Iniciales	