



SCHOOL USE ONLY			
Date of Entry	____/____/____	Grade	_____
Homeroom _____			
Records checklist:			
Birth Certificate*		Louisiana Universal Certificate of Immunization*	
<input type="checkbox"/> Withdrawal Form/Report Card*	<input type="checkbox"/> Custody Papers (if applicable)*	Transcripts (HS)	Proof
<input type="checkbox"/> of Residence 1*	Standard-	ized Test Scores	Discipline
<input type="checkbox"/> of Residence 2*	IEP/Evaluation	<input type="checkbox"/> Form	<input type="checkbox"/> Records Proof of Resi-
<input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> * required items	<input type="checkbox"/> 504/IAP	<input type="checkbox"/>

## FORMA DE REGISTRO

ENCUESTA DEL IDIOMA
La encuesta del idioma de LDOE debe ser llenada por todos los estudiantes nuevos

EXPERIENCIA ESCOLAR ANTERIOR			
¿Qué escuela asistió su hijo(a) anteriormente?			
Ciudad:	Estado:	Codigo postal:	Parroquia:

EDUCACIÓN ESPECIAL/ ENCUESTA DEL PROGRAMA 504	
¿Recibe su hijo(a) servicios de educación especial ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Tiene su hijo(a) un plan individual de educación ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Recibe su hijo(a) ayuda del plan 504 o adaptaciones para pruebas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Tiene su hijo(a) un plan individual de adaptaciones "IAP"?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	
Apodo:	Grado:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:
Origen Étnico del Estudiante (Marque todo lo que corresponda, si marca más de uno, marque con un círculo la raza que desea que registremos)			
<input type="checkbox"/> 0 Blanco <input type="checkbox"/> 1 Negro <input type="checkbox"/> 2 Hispano <input type="checkbox"/> 3 Asiatico <input type="checkbox"/> 4 Nativo Americano/Nativo Alaska <input type="checkbox"/> 5 Hawaiano/Isleño del Pacífico			
Transporte: <input type="checkbox"/> Autobús regular <input type="checkbox"/> Camina/Vehículo <input type="checkbox"/> Vehículo del estudiante <input type="checkbox"/> Autobús para necesidades especiales			
Otro: _____			
Déjenos saber de cualquier condición de salud, alergias, medicamentos o restricciones de dieta que debamos tener cuenta:			
_____			
_____			
Experiencia de educación previa de Kínder (llene si está registrando a su hijo(a) al programa de PreK o Kínder) Seleccione 1:			
<input type="checkbox"/> (K01) Pre-K Público	<input type="checkbox"/> (K02) Pre-K Privado	<input type="checkbox"/> (K03) Cuidado de niños licenciado	<input type="checkbox"/> (K04) Cuidado de niños en familia
<input type="checkbox"/> (K05) Head Start	<input type="checkbox"/> (K06) Tribal	<input type="checkbox"/> (K07) Cuidado de niños en casa (no Pre-K)	

INFORMACIÓN DEL PADRE <small>¿Reside el estudiante con el padre? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</small>			
Apellido:		Primer nombre:	Segundo nombre:
Dirección (si es diferente a la del estudiante):		Ciudad :	Código postal:
Casa( )	Trabajo:( )	Cellular( )	Correo electrónico:
Fecha de nacimiento:		Negar acceso al Centro de Progreso: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
¿Está afiliado el padre con el ejercito militar? ¿(activo o retirado)?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si es así, ¿con que rama? _____			

INFORMACIÓN DE LA MADRE <small>¿Reside el estudiante con la madre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</small>			
Apellido:		Primer nombre:	Segundo Nombre:
Dirección (si es diferente a la del estudiante):		Ciudad:	Código postal:
Casa:( )	Trabajo:( )	Cellular:( )	Correo electrónico:
Fecha de nacimiento:		Negar acceso al Centro de Progreso: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Está afiliada la madre con el ejercito militar? ¿(activo o retirado)?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si es así, ¿con que rama? _____			

INFORMACIÓN DEL GUARDIÁN			
(Llenar solo en caso que el estudiante resida con otra persona que no sean los padres de nacimiento)			
<input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Otro ( <i>especifique</i> ) _____			
Apellido:		Primer nombre:	Segundo nombre:
Dirección (si es diferente que la del estudiante):		Ciudad:	Código postal:
Casa:( )	Trabajo:( )	Cellular:( )	Correo electrónico:
Está afiliado (a) el tutor legal con el ejercito military? ¿(activo o retirado)?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si es así, ¿con que rama? _____			

CONTACTO EN CASO DE UNA EMERGENCIA			
Apellido:		Primer nombre:	Relación:
Dirección:		Ciudad:	Código postal:
Lo autorizo para que saque a mi hijo(a) de la escuela:	Casa:( )	Trabajo :( )	Cellular:( )
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

ENCUESTA DE EDUCACIÓN MIGRANTE	
En los últimos tres años, ¿alguien de su hogar ha realizado algún trabajo agrícola o de pesca?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>