

JEAN MASSIEU ACADEMY INICIAL DE MATRICULACION

Padre O Guardian: Por favor complete por los dos lados.

ESTUDIANTE: _____ **Sexo: M** ___ **F** ___
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Matriculacion Anterior: Escuela _____ **Grado** _____

Districto Escolar _____

Seguro Social #: _____ **PEIMS Alt. I.D. #** _____

Nacimiento ____/____/____ **Lugar de Nacimiento** _____
City State/Nation

Telefono de Casa: (____) _____ - _____ () **Voz** () **TTY/TDD Unlisted?** ___ **Y** ___ **N**

El Estudiante vive con: Padres ___ Guardian ___ **Étnico:** Indio Americano ___

Asian/Pacific Islander ___

Que language(s) su hijo/a usa mas en casa? () ASL Negro ___

() Ingles como señas Hispano ___

() Habla Ingles Blanco ___

() Otro: _____ **Otro:** _____

Direccion _____ **Nombre de Apt.** _____ **Apt#** _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Zona Postal** _____

Padre: _____ **Guardian Legal:** ___ **Y** ___ **N**
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Compania Direccion Ciudad Zona Postal

Ocupacion (____) _____ - _____ **Ext.** _____ () **V** () **TTY**
Telefono

Madre: _____ **Guardian Legal:** ___ **Y** ___ **N**
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Compania Direccion Ciudad Zona Postal

Ocupacion (____) _____ - _____ **Ext.** _____ () **V** () **TTY**
Telefono

Guardian Legal (y si es diferente) _____ () _____ - _____ () **V** () **TTY**
Nombre Telefono

Direccion Ciudad Zona Postal

Padre O Guardian: Por favor complete la informacion.

Persona ser Notificada En Caso de Emergencia:

Nombre: _____ **Relacion:** _____

Direccion: _____ **Telefono:** () _____ - _____ () V () TTY
Direccion Ciudad Zona Postal

Nombre: _____ **Relacion:** _____

Direccion: _____ **Telefono:** () _____ - _____ () V () TTY
Direccion Ciudad Zona Postal

Doctor: _____ **Telefono:** () _____ - _____

Direccion: _____ **Ciudad** _____ **Zona Postal** _____

Los Siguientes Vacunas Se Requiere:

DPT (Diphtheria/Petussis/Tetanus) (1) ___/___/___ (2) ___/___/___ (3) ___/___/___ (4) ___/___/___ (5) ___/___/___
(3 doses, one or more after 4th birthday) Fecha Fecha Fecha Fecha Fecha

POLIO (1) ___/___/___ (2) ___/___/___ (3) ___/___/___ (4) ___/___/___ (5) ___/___/___
(3 doses, one or more after 4th birthday) Fecha Fecha Fecha Fecha Fecha

MEASLES ___/___/___ **Booster** ___/___/___ **RUBELLA** ___/___/___ **MUMPS** ___/___/___ **Hib CV Type b** ___/___/___
Fecha Fecha Fecha Fecha (Haemophilus Influenza)

Escuela Anterior : _____ **Grado:** _____

Direccion: _____ **Ciudad** _____ **Telefono** () _____ - _____

El Estudiante Atendio Kinder? Si ___ No ___ **Programa de 1/2 Dia** ___ **Programa del Todo el Dia** ___

El Estudiante Estaba En: ESL/Bil ___ Chapter 1 ___ Ed. Especial ___ Gifted ___ Other _____

Despues de Escuela o Guardaria _____

Direccion _____ **Telefono:** () _____ - _____
Calle Ciudad Zona Postal

Nombre de Hermanos/as: Attending:	Fecha de Nacimiento:	Escuela donde Atienden
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____

Por este medio yo Atorizo la Escuela que Administre Primeras Cuidados y Transportar en Caso de Emergencia.

Firma del Padre/ Guardian _____ **Oficial de JMA** _____

For Office Use ONLY:

Eligibility Code _____ **Special Notation:** _____

Proof of Residence _____ **Birth Documentation** _____