



Academia Antonia Alonso

Student Registration Form

2019-2020

FOR OFFICE USE ONLY

Forms Checklist

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agricultural Survey | <input type="checkbox"/> Birth Certificate | |
| <input type="checkbox"/> Bus Transportation | <input type="checkbox"/> Current Report Card | <input type="checkbox"/> Custody Papers |
| <input type="checkbox"/> DCAS Scores | <input type="checkbox"/> Immunizations | <input type="checkbox"/> Parent ID |
| <input type="checkbox"/> Proof of Residence | | |

Date to Attend: _____

Today's Date: _____

Homeroom/Grade: _____

Student I.D. #: _____

Student Information

Last Name: _____	First Name: _____	Middle Name: _____	Sex: M / F
Street: _____	Development: _____	City: _____	State: _____ Zip: _____
Home Phone: _____	Date of Birth: _____	Birthplace (City, State): _____	Current Grade: _____

Ethnicity/Race (Federal Requirement)

PART A: Is this student Hispanic/Latino? (Defined as a person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American or other Spanish culture or origin, regardless of race.) Choose only one:
 No, not Hispanic or Latino Yes, Hispanic or Latino

PART B: What is the student's race? (Choose one or more, regardless of ethnicity.)

- American Indian or Alaskan Native Asian Black or African American Native Hawaiian or Pacific Islander White

For Kindergarten Applicants Only:

Did your child attend preschool or child care program in Delaware this past year? YES NO

If yes, in which county did your child attend the program? New Castle County Kent County Sussex County

If yes, what was the name of the program? _____

Parent/Guardian Information

	Email	Work Phone	Mobile Phone	Employer Optional	Date of Birth Optional	Marital Status Optional
Father's Name: _____					/ /	S / M / D
Mother's Name: _____					/ /	S / M / D
Guardian: _____					/ /	S / M / D

Child resides with: Mother Father Both Other: _____ Custody papers: Yes No **Copy of custody papers must be supplied**

Other children in the family (Please list any additional family members on the back of this form)

Name: _____	Age: _____	Resides at home?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Name: _____	Age: _____	Resides at home?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Name: _____	Age: _____	Resides at home?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

Emergency Contacts

	Email	Daytime Phone	Mobile Phone
Contact Name: _____			
Contact Name: _____			

Does your child have any special needs, 504 Plan, or IEP? Yes No

If yes, please explain or supply 504/IEP: _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ **DATE** _____

Academia Antonia Alonso

FORMATO DE REGISTRO DE ESTUDIANTE 2019-2020

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Lista de verificación de formularios

- Encuesta de agricultura Certificado de nacimiento
 Transporte de bus Tarjeta de reporte actual Papeles de custodia
 Resultados DCAS Vacunaciones
 ID Padres Prueba de residencia

Fecha para asistir: _____

Fecha de hoy: _____

Salón/Grado: _____

I.D. estudiante: _____

Información del niño/a:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Sexo: **M / F**

Calle: _____ Urbanización: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono hogar: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado): _____ Grado actual: _____

Grupo étnico/Raza requisito federal:

PARTE A: ¿El estudiante es hispano/latino? (Se define como una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur o Centroamérica o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.)

Elija sólo una opción: No, no soy ni hispano ni latino Sí, soy hispano o latino

PARTE B: ¿Cuál es la raza del estudiante? (Escoja una opción o más, independientemente de su etnia.)

Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Blanco

Sólo para solicitantes de Kindergarten:

¿Su hijo/a asistió al programa preescolar o de cuidado infantil en Delaware el año pasado? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué condado asistió su hijo al programa? New Castle County Kent County Sussex County

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del programa? _____

Información del padre/tutor

	Correo electrónico	Teléfono del trabajo	Celular	Empleador Opcional	Fecha de nacimiento Opcional	Estado civil Opcional
Nombre del padre: _____					/ /	S / C / D
Nombre de la madre: _____					/ /	S / C / D
Tutor: _____					/ /	S / C / D

El niño vive con: Madre Padre Los dos Otro: _____

Papeles de la custodia: Sí No

Se debe entregar copia de los papeles de custodia

Otros niños en la familia (Por favor escriba cualquier integrante adicional de la familia en la parte posterior de este formulario)

Nombre: _____	Edad: _____	¿Reside en casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre: _____	Edad: _____	¿Reside en casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre: _____	Edad: _____	¿Reside en casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Contactos de emergencia

	Correo electrónico	Teléfono durante el día	Teléfono celular
Nombre de contacto: _____			
Nombre de contacto: _____			

¿Su hijo/a tiene necesidades especiales, Plan 504 o IEP? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique o suministre 504/IEP: _____

FIRMA DEL PADRES/ TUTOR: _____

FECHA: _____