

PUBLICACIÓN DE LA FOTO		Bullhead City Schools, Student Registration			BH __ CC __ DV __ DB __ FC __ SR __ (check one)		
Firme a continuación si NO QUIERE que el nombre, la imagen / foto y / o el trabajo de su hijo se publiquen de vez en cuando en el Sitio web del distrito, en el boletín informativo del distrito, en televisión y / o en el periódico. Entiendo que puedo cambiar esto en cualquier momento por escrito. Si _____ No _____		Apellido del Estudiante		Primer Nombre, Medio		Actualmente en cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Domicilio – Número y Calle:					Número de Apartamento (si hay)
		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono	Género M H	Fecha de Naci
		Estado de Naci	País de Naci	Programas Especiales en Escuelas Anteriores <input type="checkbox"/> Título I <input type="checkbox"/> ELL <input type="checkbox"/> Dotados <input type="checkbox"/> Ed. Especial <input type="checkbox"/> 504			
		Apellido de Madre	Primer nombre	Empleo	Ocupación	Teléfono	
For OFFICE USE ONLY. Please do not write in the shaded areas.		Apellido del Padre	Primer nombre	Empleo	Ocupación	Teléfono	
ID#	Grade	Correo electrónico		Teléfono Celular o de emergencia			
SAIS #		Apellido de (Pa)Madrastro(a)	Primer nombre	Empleo	Ocupación	Teléfono	
Teacher		P1: ¿Es su domicilio actual un arreglo de vivienda temporal? Sí / NO P2: ¿Sí es temporal, es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de la vivienda o las dificultades económicas? Sí / NO					
Entry Date	E Code	No se entregue a:		Hermanos(as) en las escuelas de BCESD			
		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		¿Cuál idioma se habla principalmente en su hogar sin considerar el idioma que habla el estudiante?			
#DPT	Last DPT	Raza: (Marque uno o más) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Amer./Alaska Nativo		¿Cuál idioma habla el estudiante con mayor frecuencia?			
#Polio	Last Polio			¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante?			
#HepB	Last HepB	1 ^{er} Contacto de Emergencia		Relación	Número de Teléfono		
#MMR	Last MMR	2 ^{do} Contacto de Emergencia		Relación	Número de Teléfono		
#CPox	Last CPox	3 ^{er} Contacto de Emergencia		Relación	Número de Teléfono		
#HepA	Last HepA	Última escuela que asistió: Dirección de Correo:			Asistió Pre-Kinder? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Comprobante de Residencia Sí No	Cert de Nacimiento Sí No	Enfermedades Serias/Alergias? especifique Lentes/Contactos?		Doctor:	<i>En caso de accidentes o enfermedades serias, la escuela intentará comunicarse con ustedes. En caso de atención médica urgente, EMT's o médico local será notificara</i>		
IN Bus #	Stop/location	<input type="checkbox"/> Tylenol <input type="checkbox"/> Pastillas de Tos <input type="checkbox"/> Chloraseptic Spray <input type="checkbox"/> Otros Nota: NO SE PERMITE QUE LOS ESTUDIANTES TRANSPORTEN MEDICINA					
OUT Bus #	Stop/location	Yo certifico que soy residente del Distrito Escolar de Bullhead City, y que vivo en el área específica de asistencia a esta escuela o de otra manera se han otorgado a los límites de la matrícula, y que mi hijo(a) no se encuentra actualmente suspendido(a) o expulsado(a) de cualquier otro distrito escolar. Además, yo certifico que la información proporcionada es correcta a su leal saber y entender. Yo entiendo que cualquier declaración falsa intencional podría resultar en mi alumno(a) retirado(a) de la escuela a causa de información falsa.					
Other Transportation		Firma de Padres/Guardianes: <input type="checkbox"/> Militar actual <input type="checkbox"/> Militares pasados			Fecha:		