

**WAKE COUNTY PUBLIC SCHOOLS - GROWTH MANAGEMENT - DATA SHEET**

NCWISE ID# \_\_\_\_\_ MAIN FRAME ID# \_\_\_\_\_ SEXO: M o F

RAZA: ASIÁTICO NEGRO INDIO-AMERICANO HISPANO BLANCO MULTIRACIAL

APELLIDO \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ TRACK \_\_\_\_\_

PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_

ESL: SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ LEP#: \_\_\_\_\_

PROGRAMAS ESPECIALES \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ NÚMERO DE TELEFONO LA CASA (919) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELÉCTRÓNICO \_\_\_\_\_ ENTRY DATE \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ENTRY CODE \_\_\_\_\_

NÚMERO DE EMERGENCIA ( ) \_\_\_\_\_

CON QUIEN VIVES: \_\_\_\_\_

PADRE/PADRASTRO \_\_\_\_\_ #DE TRABAJO \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO \_\_\_\_\_

MADRE/MADRASTRA \_\_\_\_\_ #DE TRABAJO \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO \_\_\_\_\_

PERSONA QUE TIENE CUSTODIA LEGAL \_\_\_\_\_ #DE TRABAJO \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_

CIUDAD,ESTADO, CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

¿En que año entró su hijo(a) al noveno grado (grado 9)? \_\_\_\_\_

¿Ha estado su hijo(a) matriculado alguna vez en las escuelas públicas del condado de Wake? S o N  
 ¿Cuál escuela? \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_

Última escuela a la que asistió \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_  
 Dirección anterior de la escuela: \_\_\_\_\_

Tipo de escuela que asistió el año pasado:  Público  Privado  Chárter  Casa

¿Ha estado su hijo(a) en otra escuela este año? Sí  No   
 ¿Cuál escuela si estaba en Wake County: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál escuela si estaba en NC, pero a fuera de Wake County: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_

Nombre(s) de hermano(s) o hermana(s) que asisten a las escuelas públicas del condado de Wake: \_\_\_\_\_

Información médica en caso de emergencia – Escriba cualquier condición física especial o rara, convulsions, alergias severas, etc...cualquier condición física para la cual la escuela le da cuidados especiales:

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que debe ser contactada en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo(a) cubierto por un seguro medico? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_