



MATRICULA EN LA ESCUELA DE VERANO WJCC 2019
Todas las clases de Secundaria de la Escuela de Verano se llevaran a cabo en la Escuela Secundaria Warhill

Por favor vea a su consejero escolar para llenar este formulario de matrícula

NO HABRA INSCRIPCION TEMPRANA – Registro de Verano del 6 de mayo al 7 de junio del 2019

Costo: Curso Acelerado \$300 (vea a su consejero para ayuda con el costo de la matricula)

Recuperación de crédito \$150

Sólo para uso oficial	
Fee Waived:	_____
Late Fee:	_____
Cash Total:	_____
Check Total:	_____
Check No.:	_____
Receipt No.:	_____

Nombre del alumno: _____ ID del alumno: _____

A cual Escuela fue en 2018-2019: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre/Apoderado: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Reside en (Marque una): James City Williamsburg en casa: _____ Teléfono _____ Teléfono _____ en el trabajo: _____

¿Tiene el alumno un plan 504 al día? Si No ¿Tiene el alumno un Plan de Estudio Individual (IEP) al día? Si No

¿Por favor indique alergias o problemas de salud? _____

Permiso del Padre/Apoderado: Certifico que soy el padre/Apoderado del alumno mencionado en este formulario. Dooy permiso para que asista a la Escuela Secundaria de Verano. Comprendo que la escuela de verano es una extensión del año escolar normal y que todas las políticas disciplinarias de las escuelas públicas de Williamsburg-Condado de la Ciudad de James continuarán en efecto durante el programa de escuela de verano (los alumnos provenientes de fuera del distrito tienen la responsabilidad de leer y comprender el Manual de Derechos y Responsabilidades del Estudiante de WJCC.) Comprendo que todas las medicinas deben ser registradas y administradas a través de la oficina de la escuela de verano y que se necesita **una nota del padre para todas las medicinas.**

En caso de emergencia, notifiquen por favor a la(s) siguiente(s) persona(s) en la sucesiva orden:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Y EN CASO DE ENFERMEDAD O LESIÓN GRAVE, DOY PERMISO PARA QUE MI NIÑO(A) SEA TRANSPORTADO Y TRATADO POR PERSONAL DE EMERGENCIA. (LOS PADRES SE MANTIENEN RESPONSABLES POR LOS COSTOS DE TRANSPORTE Y TRATAMIENTO MEDICO)

Firma del Padre o Apoderado: _____ **Fecha:** _____

Esta porción debe ser llenada y firmada por su Consejero Escolar

Por favor consulte con el folleto de información para ver que cursos se ofrecen e indique primera y segunda selección en caso de que la primera selección esté llena.

	Nombre del Curso	Pasó el SOL – Si/No/NA
1a opción		
2a opción		

STI # del alumno: _____

¿Es este un alumno del último año escolar que proyecta graduarse en agosto? Si _____ No _____

Si este alumno es del último año escolar ¿Ha cumplido con los requisitos del documento de investigación? Si _____ No _____

Aprobación del Consejero Escolar: _____ **Fecha:** _____