



Newton County School System

Paquete de Inscripción (Español/Spanish)

Lista de comprobación de inscripción del estudiante



Los siguientes documentos son necesarios para la inscripción de estudiantes. Su niño no puede estar matriculado sin toda la información siguiente.

Dos pruebas de domicilio:

Recibo de servicios públicos, **Y**

Contrato de casa o arrendamiento

Prueba de custodia (si es aplicable)

Copia de Acta de nacimiento

Copia de la tarjeta de Seguro Social de su niño, o un solicitud de renuncia firmada

Copia de Acta de vacunas en el formulario de Georgia #3231 (obtener de su médico o departamento de salud)

Formulario de Georgia #3300 Revisión de visión, oídos y dental (EED) (obtener de su médico o departamento de salud). (Solamente es necesario para estudiantes entrando a una escuela pública de Georgia por primera vez o regresando a una escuela de Georgia después de un año escolar entero)

Copia de reporte de calificaciones recientes

Copia del formulario de retiro más reciente de su niño

Copia de resultados de exámenes estatales de su niño

Copia de documentación de Educación Especial (si es aplicable)

Copia de informe de disciplina más reciente de su niño (grados de 7^o – 12^o solamente)

Completar el paquete adjunto de inscripción de estudiantes



Newton County School System

Paquete de Inscripción (Español/Spanish)

Nombre legal del estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre Sufijo (Jr, Sr, II, III, etc.)

Género: ___ Masculino ___ Femenino Fecha de nacimiento: _____
mes día año

Número de Seguro Social del estudiante: _____

Ultima escuela asistida: _____ Grado: _____

Servicios recibidos (marque si es aplicable): ___ ESOL ___ Gifted ___ Special Ed/EIP ___ RTI/SST

504

Escuela del Condado de Newton Anterior

___ Sí ___ No ¿El niño ha sido inscrito en una escuela del Condado de Newton anteriormente?

Si es sí: _____
Nombre de la escuela Grado Año

Información de étnico/raza – Nuevas preguntas encomendadas por el gobierno federal. Por favor responda a ambas partes.

Parte A - Étnico: ¿Es el estudiante hispano o latino? (Seleccione solo una)

- ___ No, no es hispano/latino
- ___ Sí, es hispano/latino: (Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, de América Centra o del Sur, o de cualquier grupo de cultura hispana, sin importar su raza).

La parte anterior de la pregunta es sobre el origen étnico, no de raza. No importa lo que ha seleccionado anteriormente, por favor, sigan para responder a las siguientes opciones, marque una o varias para indicar lo que se considera ser la raza del estudiante.

Parte B - Raza: ¿Qué es la raza del estudiante? (Seleccione todas las que correspondan)

- ___ Indio Americano o Nativo de Alaska (Una persona con orígenes en cualquier de los pueblos originales de Norte y Sudamérica (incluyendo Centroamérica), y que mantiene afiliación tribal o conexión con la comunidad.)
- ___ Asiático (Una persona con orígenes en cualquier de los pueblos originales del Lejano Oriente, Sudeste de Asia, o del subcontinente Indio incluyendo por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.)
- ___ Negro o American Africano (Una persona con orígenes en cualquier de los grupos raciales negros de África.)
- ___ Hawaiano nativo o Isleño del Pacifico (Una persona con orígenes en cualquier de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas Pacificas.)
- ___ Blanco (Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, del Medio Oriente, o África del Norte.)



Newton County School System

Paquete de Inscripción (Español/Spanish)

Nombre del estudiante: _____

Dirección de **residencia** del estudiante: _____
Número | Nombre de la calle | # de Apto.
Ciudad | Estado | Código postal

Dirección de **correo** del hogar: _____
(si es diferente del anterior) Número | Nombre de la calle | # de Apto.
Ciudad | Estado | Código postal

Número de teléfono preferido que la escuela debe usar normalmente para contactar: _____

INFORMACION PRINCIPAL DEL HOGAR – Lugar donde el estudiante duerma normalmente cada noche.

Padre/Guardián: _____
Apellido | Nombre | Segundo Nombre

Fecha de nacimiento de Padre/Guardián: _____
mes | día | año

Relación con el estudiante: (Madre, Padre, Abuelo, Guardián, etc.) _____

Correo electrónico: _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Lugar del trabajo: _____

¿En qué idioma prefiere recibir toda la información escolar? _____

Padre/Guardián: _____
Apellido | Nombre | Segundo Nombre

Fecha de nacimiento de Padre/Guardián: _____
mes | día | año

Relación con el estudiante: (Madre, Padre, Abuelo, Guardián, etc.) _____

Correo electrónico: _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Lugar del trabajo: _____

¿En qué idioma prefiere recibir toda la información escolar? _____



Newton County School System

Paquete de Inscripción (Español/Spanish)

Nombre del estudiante: _____

INFORMACION SECUNDARIA DEL HOGAR – Lugar donde el estudiante duerma tiempo parcial. Deje en blanco si esto no se aplica a su situación familiar.

Padre/Guardián: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento de Padre/Guardián: _____
mes día año

Relación con el estudiante: (Madre, Padre, Abuelo, Guardián, etc.) _____

Correo electrónico: _____

Dirección **residencial**: _____
Número Nombre de la calle # de Apt
Ciudad Estado Código postal

Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Lugar del trabajo: _____

Miembros adicional del la familia y sus hermanos- Por favor, apunta todos los nombres de miembros adicionales del hogar y hermanos (menores de 21 años de edad).

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación al estudiante	Escuela
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____



Newton County School System

Paquete de Inscripción (Español/Spanish)

Nombre del estudiante: _____

Información de contacto de emergencia – Por favor, incluya por lo menos dos miembros de la familia o amigos que podrían encargarse temporariamente de su niño en caso de que usted no pueda ser localizada.

Contacto de emergencia #1: _____
Nombre Teléfono Relación al estudiante

Contacto de emergencia #2: _____
Nombre Teléfono Relación al estudiante

Declaración de residencia del estudiante - ¿Usted vive en cualquiera de las siguientes situaciones? Por favor, marque lo que es apropiada.

- ___ Compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, problemas económicos, o una razón similar (por ejemplo: desalojado de su casa, económicamente no puede conseguir vivienda, etc.).
- ___ En un motel, hotel, campamento o ambiente similar debido a falta de alojamiento alternativa que es adecuada.
- ___ En refugios de emergencia o transición como refugios de violencia domestica o refugios para personas sin hogar o viviendas transitorias y tiene que ser por medio de Centro de Recursos para la Familia, u otra refugio o agencia.
- ___ Tiene una residencia principal nocturna que no es un lugar diseñado para o normalmente utilizada como un alojamiento regular para seres humanos.
- ___ En carro, parques, espacios públicos, edificios abandonados, vivienda de mala calidad, estación de autobús o tren, o ambientes similares.
- ___ Ninguno del anterior.

¿Cuánto tiempo se anticipa vivir en este lugar? _____



Richard Woods, Georgia's School Superintendent
"Educating Georgia's Future"

Distrito Escolar: Newton County School District

Fecha: _____

Encuesta Ocupacional para Padres
Favor de completar este formulario para ayudarnos a determinar si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir servicios suplementarios de parte del Programa de Título I, Parte C

Nombre del/los Estudiante(s)	Nombre de la Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. ¿Alguien en su casa se ha mudado para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? Sí No
2. ¿Alguien en su casa trabaja, ha trabajado, o tiene la intención de trabajar en una de las siguientes actividades de forma permanente o temporaria, o ha hecho este tipo de trabajo en los últimos tres años? Sí No

Si la respuesta es "sí", marque todo trabajo que aplique:

- 1. Sembrando/cosechando vegetales (como tomates, calabazas, cebollas, etc.) o frutas (como uvas, fresas, arándanos, etc.)
- 2. Sembrando, cortando, procesando árboles, o juntando paja de pino (*pine straw*)
- 3. Procesando/empacando productos agrícolas
- 4. Trabajo en lechería o ganadería
- 5. Trabajo en empacadoras o procesadoras de carnes (como de res, pollo o mariscos)
- 6. Pesca o crianza de peces
- 7. Otra actividad. Por favor especifique en cuál: _____

Nombre de los padres o guardianes legales: _____

Dirección donde vive: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¡Muchas Gracias!
 Por favor regrese este formulario a la escuela

Please maintain original copy in your files.

MEP funded school/district: Please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district.

Non-MEP funded (consortium) school/districts: When at least one "yes" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, districts should fax occupational surveys to the Regional Migrant Education Program Office serving your district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district.

GaDOE Region 1 MEP, P.O. Box 780, 201 West Lee Street, Brooklet, GA 30415
 Toll Free (800) 621-5217 Fax (912) 842-5440

GaDOE Region 2 MEP, 221 N. Robinson Street, Lenox, GA 31637
 Toll Free (866) 505-3182 Fax (229) 546-3251

Regional Office use only:

1854 Twin Towers East • 205 Jesse Hill Jr. Drive • Atlanta, Georgia 30334 • www.gadoe.org
 An Equal Opportunity Employer



Newton County School System
Paquete de Inscripción (Español/Spanish)

Georgia Department of Education
ESOL Unit

Encuesta obligatoria en el idioma nativo

Estimado padre o tutor:

Para proporcionar a su hijo la mejor educación posible, debemos determinar qué tan bien habla y entiende el inglés. Esta encuesta ayuda al personal de la escuela a determinar si su hijo puede ser un candidato para recibir apoyo adicional en inglés. La calificación final para el apoyo idiomático está basada en los resultados de una prueba en inglés.

Gracias.

Nombre del estudiante (información obligatoria):

Antecedentes idiomáticos (preguntas obligatorias):

1. ¿Qué idioma su hijo entiende y habla mejor?

2. ¿Qué idioma su hijo habla con mayor frecuencia en el hogar?

3. ¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos del hogar cuando hablan con el niño?

Idioma para la comunicación con la escuela (pregunta recomendada):

4. ¿En qué idioma prefiere recibir toda la información escolar?

¿Nació en los Estados Unidos el estudiante?: Si _____ No _____

¿Si no, en qué país nació este estudiante? _____

Fecha que este estudiante entro a EE. UU. (si es aplicable): ____|____|____

Fecha que este estudiante empezó la escuela en EE. UU.: ____|____|____

Firma del padre/tutor/otro

Fecha

PLACE IN PERMANENT RECORD FOLDER

If the answer to any of the above questions is a language other than English, send a copy of this form to the designated ESOL contact at the school for student screening.



Newton County School System

Paquete de Inscripcion (Español/Spanish)

Nombre del estudiante: _____

Solicitud de documentos del estudiante/Student Record Request

Fecha de hoy/Today's date: _____
mes día año

Información que se solicitan por/ Information Being Requested By:

Nombre de escuela/School Name: _____
 Dirección/Address: _____
 School email address: _____

Teléfono/Phone _____
 Fax _____
 Covington, Georgia _____
 Código postal / Zip _____

Información de estudiante/Student Information

Apellido Nombre Segundo Nombre Sufijo (Jr, Sr, II, III, etc.)

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____
mes día año

Nombre de escuela anterior/Previous school name: _____
Grado/Grade

Dirección de escuela anterior/Address of previous school: _____
Ciudad/City Estado/State Código postal / Zipcode

Teléfono/Fax de escuela anterior/Phone / Fax of previous school (si lo sabe): _____
Teléfono/Phone Fax

The student listed above is seeking admission to the Newton County School System. Please assist us by providing the information listed below:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Standard Educational Record Standardized Test Scores Immunization Certificate Gifted Eligibility Disciplinary Transcript Birth Certificate Withdrawal Form Any other information that is vital to the student's education | <ul style="list-style-type: none"> Section 504 Plan Screening & Health Information Eye Ear & Dental Certificate ESOL / ELL Record Social Security Number Ninth Grade Enrollment Date (High School Only) Attendance Record |
|--|--|

Firma de Padre o Guardián

Firma/signature

Per Georgia DOE Board Rule 160-5-1-14 schools must mail or otherwise deliver requested records within ten (10) calendar days of receipt of request. Schools shall not withhold any student record because of nonpayment of fees.

Georgia requires that all students entering Georgia schools for the first time, regardless of their grade level, provide a shot (immunization) record showing that they are adequately immunized. Please include this immunization record in your release.

The final regulations of the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA), 1976 (Buckley Amendment) no longer requires written parental consent to release student educational records between schools. These rules state that school officials in school systems in which the student may intend to enroll may release and receive a student's records without written consent for each release.



Newton County School System

Paquete de Inscripción (Español/Spanish)

Nombre del estudiante: _____

Disciplina

1. ___ Sí ___ No: ¿Este estudiante esta bajo un orden de expulsión o suspensión de esta u otra sistema escolar?

2. ___ Sí ___ No: ¿Este estudiante ha sido expulsado anteriormente?

Si es sí a cualquiera de las anteriores, por favor, llene la siguiente información:

Motivo de expulsión: _____

Sistema escolar: _____

Fecha expulsado o suspendido: _____

3. ___ Sí ___ No: ¿Este estudiante ha sido encontrado culpable de cometer uno o más de los delitos graves como se definen en la legislación de Georgia?

En caso que sí, ¿Dónde ocurrió la infracción?

_____ | _____ | _____
Corte Condado Estado

Persona completando este formulario

Nombre (debe ser guardián legal): _____
nombre - imprima

Firma: _____
firma

Fecha: _____
mes | día | año

TODA PERSONA QUE FALSIFIQUE INFORMACION EN DOCUMENTOS DE INSCRIPCION SABIENDO LO QUE HACE ESTA RESPONSABLE AL SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE NEWTON PARA EL PRECIO DE LA ENSENAZA ESTABELECIDAS EN O.C.G.A. 20-2-133(A) PARA EL PERIODO DURANTE QUE EL ESTUDIANTE INELEGIBLE FUE INSCRITO. AQUELLA PERSONA TAMBIEN PUEDE SER RESPONSABLE CRIMINALMENTE BAJO O.C.G.A. 16-9-1, 16-9-2, Y/O 16-10-20 POR HACER DECLARACIONES FALSAS O POR ENTREGAR DOCUMENTOS FALSOS AL SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE NEWTON.



Newton County School System

Paquete de Inscripción (Español/Spanish)

Nombre del estudiante: _____

INSTRUCCIONES DE CIERRE DE EMERGENCIA

Si hay necesidad de cerrar la escuela temprano, necesitamos saber si su niño va a montar el autobús, ir a la guardería, o usted lo va a recoger. Clima, problemas de plomería, problemas electrónicos u otras emergencias podrían causar un cierre temprano. Es importante que arreglos estén hechos en caso de estos eventos imprevistos. A veces nuestras líneas telefónicas están ocupadas, por eso no podemos confiar en una llamada de teléfono de última hora para instrucciones. Si la necesidad de cerrar temprano ocurre, llamaríamos a todas las guarderías que recogen en nuestra escuela.

Nombre del niño _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

MARQUE UNO:

_____ Montar el autobús regular

_____ Montar autobús a vecino/amigo/pariente

Nombre: _____ Número de autobús: _____

_____ Guarderías:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

_____ Recogido por padres

_____ Otro (por favor explica): _____

Firma de padre: _____ Fecha: _____

Gracias. Esperamos que no necesitemos esta información. Por favor, habla de este plan con su niño.



Newton County School System

Paquete de Inscripción (Español/Spanish)

Nombre del estudiante: _____

OPCION DE CORREO ELECTRONICO PARA TODO EL SISTEMA ESCOLAR

Estimados Padres,

En un ambiente de preocupación económica y ante inminentes recortes financieros, queremos ser responsable fiscalmente como sea posible. Una cosa que podemos hacer es reducir el número de copias de información que enviamos a casa. En todo el condado, escuelas están tratando de ahorrar costos de tóner y papel usando correo electrónico cuando sea posible.

Realizamos que no todo el mundo tiene acceso al correo electrónico pero muchas familias sí lo tienen. Una escuela informó de ahorro de 75% cuando actualizaron su directorio de correo electrónico y usando correo electrónico en lugar de copias de documentos.

Por favor, complete la parte apropiada del formulario a continuación y devolverlo a la escuela tan pronto como sea posible. Si tiene una dirección de correo electrónico donde podemos enviar información de la escuela, por favor da esta dirección. Si tiene que continuar recibiendo copias, por favor indica con cuál de sus niños (para familias de más que un niño) debemos enviar la información a la casa.

Gracias por su ayuda y comprensión en estos tiempos difíciles.

Nombre del estudiante _____

Maestra principal _____

Por favor escriba claramente y caso sensible.

Correo electrónico preferido: _____

(Lo de arriba es para el nombre de Padre/guardián: _____)

Correo electrónico secundario: _____

(Lo de arriba es para el nombre de Padre/guardián: _____)

_____ Quiero seguir recibiendo "copias de documentos". Por favor mándalos con **(Elija un solo niño)**.

Nombre de estudiante _____

Maestra principal _____

de teléfono de casa _____



Newton County School System

Paquete de Inscripción (Español/Spanish)

INFORMACION DE LA CLINICA

Género: Masculino Femenino Nombre del estudiante: _____

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado _____ Maestro principal _____

mes día año

Nombres de hermanos matriculados en esta escuela: _____

HISTORIA DE SALUD

En caso afirmativo por favor explicar

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergias (LISTA TODAS)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema renal
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migrañas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incapacidades físicas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Afección de la piel
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas cardíacos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Menstruación		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergias/reacciones de drogas		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mi niño necesita un inhalador/nebulizador accesible en la escuela (si es SI, provee medicamentos para mantener en la escuela)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mi niño requiere un Epi-Pen para reacción alérgica grave (si es SI, provee un Epi-Pen para mantener en la escuela)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mi niño recibió vacunas en este año pasado. si es SI, apunta el tipo y la fecha:		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mi niño toma medicamentos de receta rutinariamente/ocasionalmente Si es SI por favor apunta:		

INFORMACION DE EMERGENCIA

Padre/Guardián #1: _____ Relación al estudiante: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Padre/Guardián #2: _____ Relación al estudiante: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Si no podemos localizar los padres, apunta dos (2) contactos de emergencia que pueden ser responsable para su niño:

Contacto de emergencia #1: _____ Relación _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia #2 _____ Relación _____ Teléfono: _____

Por Favor Note	En caso de una emergencia médica, la escuela tratará inmediatamente de hacer contacto usando los números de teléfono que aparecen en la tarjeta de la clínica y se comunicará con los servicios médicos de emergencia (911) para responder a la escuela para evaluación y, posiblemente, transporte.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La información médica, indicada anteriormente, puede ser compartida con el personal apropiado según sea necesario.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso de emergencia, doy permiso al director o una persona designada por el director, dar Tylenol o Benadryl en el evento de que no pueden localizar los padres o personas de contacto.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En asuntos de salud que no son de emergencia yo autorizo la enfermera/personal de la escuela utilizar los siguientes medicamentos: medicamento anti picazón (Caladryl, crema/loción de cortisona), aerosoles antiséptico, pastillas para la tos o el genérico de estos. Entiendo que es la responsabilidad de los padres proveer medicamentos de venta sin receta para tenerlos disponibles en la escuela como Motrin, Tylenol, Benadryl, etc. Todos los medicamentos tienen que ser etiquetados y tienen que estar en su recipiente original. (Las enfermeras escolares están prohibidas por restricciones en su licencia para dispensar medicamentos con receta sin la firma del doctor que escribió la receta.)

Si habrá necesidad de personal de la escuela dar medicamento de receta u otro a mi niño, Contactara la escuela para el formulario requerido que tiene que acompañar el medicamento. Entiendo que **todo el medicamento tiene que ser próvido por el padre/tutor** y que ningún personal puede dar medicamento sin firma de padre/tutor.

Firma de Padre/Guardián Legal

Fecha



Newton County School System

Paquete de Inscripción (Español/Spanish)

Encuesta de conexiones militares

Durante su sesión de 2012, la Asamblea General de Georgia promulgó varias leyes relacionadas con la educación de niños de familias militares. El objetivo de la legislación es maximizar la continuidad educativa de un estudiante a pesar del frecuente movimiento entre los estados y distritos escolares que a menudo es el resultado de un padre que presta servicios en el ejército. Como resultado de las leyes promulgadas, los distritos escolares deben recopilar datos para garantizar que los niños de las familias militares no se vean en desventaja debido a la dificultad en la transferencia de los registros educativos entre los distritos escolares.

Nombre del estudiante: _____

1. ¿Este estudiante tiene un padre o tutor que está activo en las Fuerzas Armadas de los EE. UU., Incluidos los que están en servicio activo en la Guardia Nacional o un padre o tutor que está inactivo o jubilado? ____Si ____No

2. ¿Este estudiante tiene un padre o tutor que es miembro de las reservas militares (Fuerzas Armadas de EE. UU., Guardia Nacional o Reserva)? ____Si ____No

Si la respuesta a las preguntas 1 y 2 es NO, salte a la parte inferior, firme y coloque la fecha.

Si la respuesta a las preguntas 1 o 2 es SÍ, complete la tabla, luego firme y escriba la fecha.

Nombre del padre / tutor	Relación con el estudiante	Situación Militar (ver los criterios a continuación)	Rama militar (ver los criterios a continuación)

Situación Militar

Servicio activo, implementado	descargado	Inactivo	Retirado
Servicio activo, no implementado	Lesionado	Muerto en acción	

Rama militar

Fuerza Aerea	Ejército	cuerpos de Marina	Armada
Reserva de la fuerza aérea	Reserva militar	Reserva del Cuerpo de Marines	Reserva de la Marina
Guardia Nacional Aérea		Guardacostas	Guardacostas de la Reserva
Guardia Nacional del Ejército			

Nombre del padre / tutor que completa la encuesta: _____

Firma del padre completando la encuesta: _____

Fecha: _____