

# SOLICITUD DE ADMISION A LA ESCUELA PREPARATORIA ALTERNATIVA METRO 2009 – 2010



**INSTRUCCIONES:**

- La solicitud debe completarse por los padres/tutores y el estudiante
- Por favor escriba en letra de imprenta o a máquina y complete toda la información
- Se puede usar una solicitud para las tres escuelas Metro
- No hay fecha límite para presentar la solicitud de admisión
- El Director de la Escuela Metro se comunicará con los estudiantes respecto al estado de su solicitud
- **NOTA:** Si el solicitante reside fuera del área del Distrito Escolar de Wichita, se necesita una copia de su certificado de estudios junto con su solicitud

Sólo para uso de la Oficina

Date Received \_\_\_\_\_  
 Transcript Received/Run \_\_\_\_\_  
 Date Reviewed by Admin \_\_\_\_\_  
 Comments \_\_\_\_\_

**MARQUE LA(S) ESCUELA(S) METRO A LA(S) QUE ESTA SOLICITANDO SER ADMITIDO:**

Las solicitudes deben entregarse directamente en la(s) oficina(s) de la(s) Escuela(s) Metro

<input type="checkbox"/> <b>METRO-BOULEVARD</b>	<input type="checkbox"/> <b>METRO-MERIDIAN</b>	<input type="checkbox"/> <b>METRO-MIDTOWN</b>
751 Geo. Wash. Blvd . 67211 Teléfono: 973-0500 Fax: 973-0510	301 S. Meridian 67213 Teléfono: 973-0550 Fax: 973-0560	640 N. Emporia 67214 Teléfono: 973-6350 Fax: 973-6355

Si el estudiante tiene un niño o niños, ¿necesitará guardería? Si  No  Si la respuesta es Si, por favor complete la siguiente información:

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL ESTUDIANTE**

<b>NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE:</b> Apellido Primer Nombre Segundo Nombre			<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> __ / __ / ____	<b>SS o ID #:</b>
<b>NOMBRE PREFERIDO:</b> <i>(si es diferente del legal)</i> Apellido Primer Nombre Segundo Nombre			<b>EDAD ACTUAL:</b>	<b>SEXO:</b> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
<b>DIRECCION:</b> Calle/Apt # Ciudad Estado		Código postal	<b>*TEL. DE LA CASA:</b> ( )	
<b>DIRECCION DE TRANSPORTE:</b> <i>(si es diferente que la de casa)</i>			<b>TELÉFONO:</b> ( )	
<b>GRADO EN EL 2009-2010:</b>	<b>CRÉDITOS OBTENIDOS ACTUALMENTE:</b>	<b>ESCUELA ACTUAL O ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ:</b>		
<b>PROGRAMA ESOL:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>(Inglés como 2<sup>do</sup> idioma)</i>	<b>IDIOMA PRIMARIO DEL ESTUDIANTE:</b> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>EDUCACIÓN ESPECIAL:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>PLAN 504:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>RAZA:</b> <i>(marque sólo una)</i> <input type="checkbox"/> Asiática o Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Afro-Americana, no de la cultura hispana <input type="checkbox"/> Hispana (Cultura Hispana) <input type="checkbox"/> India Americana/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco no de la cultura hispana <input type="checkbox"/> Multi Racial				

**INFORMACION FAMILIAR**

<b>EL ALUMNO VIVE CON:</b> <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre solamente <input type="checkbox"/> Padre solamente <input type="checkbox"/> Padre/Padrastro <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro			
<b>NOMBRE DEL PADRE /TUTOR:</b> Apellido Nombre	<b>EMPLEADOR:</b>	<b>TEL. DE DIA:</b> ( )	
<b>NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA:</b> Apellido Nombre	<b>EMPLEADOR:</b>	<b>TEL. DE DIA:</b> ( )	
<b>NOMBRE DEL PADRASTRO/TUTOR:</b> Apellido Nombre	<b>EMPLEADOR:</b>	<b>TEL. DE DIA:</b> ( )	
* <input type="checkbox"/> POR FAVOR MARQUE ESTE CASILLERO SI USTED NO ESTÁ DISPONIBLE POR TELÉFONO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR Y NECESITA SER NOTIFICADO POR CORREO			
<b>PERSONA ADICIONAL DE CONTACTO:</b> Apellido Nombre	<b>RELACION:</b>	<b>TEL. DE DIA:</b> ( )	
<b>DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DEL PADRE:</b> <i>(escriba claramente en letra de imprenta)</i>			

**RAZÓN DE LA SOLICITUD:** Por favor explique por qué le gustaría asistir a la Escuela Preparatoria Metro-Alternativa.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PADRE/TUTOR:** Se requiere la firma del padre/tutor si el estudiante es menor de 18 años.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_

A SOLICITUD SE PROVEERÁ PASES PARA EL AUTOBÚS PARA ALUMNOS QUE VIVAN A MÁS DE 2.5 MILLAS DE DISTANCIA DE LA ESCUELA