

**SEELEY UNION SCHOOL  
ENROLLMENT INFORMATION**

Child's Name \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Date Enrolled \_\_\_\_\_

Birthdate \_\_\_\_\_ Proof of Birthdate \_\_\_\_\_ Birthplace \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

Father's Name \_\_\_\_\_ Occup. \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_

Mother's Name \_\_\_\_\_ Occup. \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_

Last School Attended \_\_\_\_\_ School Address \_\_\_\_\_

**Other children in the family.**

**Does child have any of the following?**

Name	Birthdate	Allergy	yes ___ no ___ type ___
_____	_____	Diabetes	yes ___ no ___
_____	_____	Epilepsy	yes ___ no ___ type ___
_____	_____	Speech Problem	yes ___ no ___
_____	_____	Vision Problem	yes ___ no ___
_____	_____	Hearing Problem	yes ___ no ___
_____	_____	Need Dental Care	yes ___ no ___
_____	_____	Migrant	yes ___ no ___

Family Doctor \_\_\_\_\_ Doctor's Phone Number \_\_\_\_\_

Has your child ever had any serious injury or operation? \_\_\_\_\_

Give the **year** in which your child had any of the following diseases:

Chicken Pox \_\_\_\_\_ Red Measles \_\_\_\_\_ Mumps \_\_\_\_\_ Whooping Cough \_\_\_\_\_

Tonsillitis \_\_\_\_\_ Rubella (little measles) \_\_\_\_\_ Frequent earaches/draining ears \_\_\_\_\_

Rheumatic Fever \_\_\_\_\_ Scarlet Fever \_\_\_\_\_ Pneumonia \_\_\_\_\_

Tuberculosis \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parent's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**ESCUELA DE SEELEY**  
**INFORMACION PARA INSCRIPCION**

Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de Inscripcion \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Prueba de Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_

Ultima Escuela Asistida \_\_\_\_\_ Direccion de la Escuela \_\_\_\_\_

**Otros niños en la familia.**

**Tiene su hijo/a algunas de las siguientes enfermedades?**

Nombre	Birthdate	Alergia	si ___ no ___ tipo ___
_____	_____	Diabetes	si ___ no ___
_____	_____	Epilepsia	si ___ no ___ tipo ___
_____	_____	Problema del habla	si ___ no ___
_____	_____	Problema de la vista	si ___ no ___
_____	_____	Problema al oír	si ___ no ___
_____	_____	Problema dental	si ___ no ___
_____	_____	Migrante	si ___ no ___

Medico de familia \_\_\_\_\_ Numero Telefonico del Doctor \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo/a algunas operaciones o enfermedades serias? \_\_\_\_\_

Apunte el **año** en que su hijo/a tuvo algunas de las siguientes enfermedades:

Viruela \_\_\_\_\_ Paperas \_\_\_\_\_ Tosferina \_\_\_\_\_ Pulmonia \_\_\_\_\_ Inflamacion de Anginas \_\_\_\_\_

Tuberculosis \_\_\_\_\_ Fiebre escarlatina \_\_\_\_\_ Sarampion de tres dias (Rubella) \_\_\_\_\_

Dolor o otro problema con los oidos \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de el Padre/Madre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_