



EL FORMULARIO DE MATRÍCULA PROVISIONAL PROVISIONAL ENROLLMENT FORM

Escuelas Publicas del Condado de Savannah-Chatham
Savannah-Chatham County Public Schools
www.savannah.chatham.k12.ga.us

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE/STUDENT INFORMATION

| | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--|-----------------------------------|----------------|
| Apellido Legal/Legal Last Name: | | Nombre Legal/Legal First Name: | | Segundo Nombre Legal/Middle Name: | Sufijo/Suffix: |
| Grado/Grade: | Género/Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | *Fecha de Nacimiento/Birthdate: / / | | Número de Seguro Social/SS#: | |

MATRÍCULA PROVISIONAL REQUERIDO POR/ PROVISIONAL ENROLLMENT REQUESTED FOR

Comprobante de Dirección/Proof of Address

Yo entiendo que mi niño/a se está matriculado temporalmente en el Sistema de las Escuelas Publicas del Condado de Savannah-Chatham y que tengo que proveer el Comprobante de Dirección válida antes de que el período de extensión venza (30 días del calendario). Además, yo entiendo que si la Comprobante de Dirección NO está proveída, mi estudiante se retrasará en la escuela.

Treinta (30) días del calendario de la fecha de hoy será _____.

| | |
|--------------------------------------------------------------|-------------|
| Firma del Padre/Guardián/Parent or Legal Guardian Signature: | Fecha/Date: |
|--------------------------------------------------------------|-------------|

Certificado de Nacimiento/Birth Certificate

Yo entiendo que mi niño/a se está matriculado temporalmente en el Sistema de las Escuelas Publicas del Condado de Savannah-Chatham y que tengo que proveer un Certificado de Nacimiento válido antes del período de extensión venza (30 días del calendario). Además, yo entiendo que si el Certificado de Nacimiento NO está proveído, mi estudiante se retrasará en la escuela.

Treinta (30) días del calendario de la fecha de hoy es _____.

| | |
|-------------------------------------------------------------|-------------|
| Firma del Padre/Guardián/Parent or Legal Guardian Signature | Fecha/Date: |
|-------------------------------------------------------------|-------------|

Certificado de Inmunizaciones de Georgia/ GA Immunization Certificate

Yo entiendo que mi niño/a se está matriculado temporalmente en el Sistema de las Escuelas Publicas del Condado de Savannah-Chatham y que tengo que proveer un certificado de inmunizaciones válido de Georgia antes del período de extensión venza (30 días del calendario). Además, yo entiendo que si el certificado de inmunizaciones de Georgia NO está proveído, mi estudiante se retrasará en la escuela.

Treinta (30) días del calendario de la fecha de hoy es _____.

Es mi responsabilidad proveer una Declaración de Inmunizaciones para Estudiantes que Se Están Trasladando Desde Fuera del Estado de Georgia o un Certificado de Inmunizaciones de Georgia antes de que el período de extensión venza (30 días del calendario de la fecha de hoy). Yo entiendo que el período de Declaración de inmunizaciones podría extenderse a un máximo de 90 días de la fecha de hoy.

| | |
|--------------------------------------------------------------|-------------|
| Firma del Padre/Guardián/Parent or Legal Guardian Signature: | Fecha/Date: |
|--------------------------------------------------------------|-------------|

GA EED

Yo entiendo que mi niño/a se está matriculado temporalmente en el Sistema de las Escuelas Publicas del Condado de Savannah-Chatham y que tengo que proveer un GA EED válido antes del período de extensión venza (30 días del calendario). Además, yo entiendo que si el GA EED NO está provided, mi estudiante se retrasará en la escuela.

Treinta (30) días del calendario de la fecha de hoy es _____.

| | |
|--------------------------------------------------------------|-------------|
| Firma del Padre/Guardián/Parent or Legal Guardian Signature: | Fecha/Date: |
|--------------------------------------------------------------|-------------|

FIRMA AUTORIZADA/AUTHORIZED SIGNATURE

| | |
|--------------------------------------------|-------------|
| Firma del director(a)/Principal Signature: | Fecha/Date: |
|--------------------------------------------|-------------|

(NO SAQUE DEL ARCHIVO PERMANENTE HASTA QUE LA DOCUMENTACIÓN VÁLIDA ESTÁ PROVEÍDA.)

*Si el/la estudiante tiene más de 18 años, él/ella tiene la autoridad de hacer pública o no su información personal.

SPEF (Modificado 08/23/06)