



ACCESIBILIDAD:

Para solicitar este documento en letra más grande, contacte aoda@wcdsb.ca o llame al (519) 578-3660.

Confidencial – Favor de escribir en letra de molde

Información del Alumno

Nombre LEGAL –Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Nombre de Preferencia -Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ (Año) _____ (Mes) _____ (Día)

Género: Femenino

Masculino

Prefiere no revelar

Prefiere especificar/identificarse como: Femenino Masculino Mujer Trans Hombre Trans Otro

Última Escuela a la que asistió: _____ Grado anterior ____ Último día que asistió: _____

Consejo Escolar anterior al que asistió: _____

¿El alumno es católico? Sí No Parroquia Actual: _____

¿El alumno necesita EIPEN? Sí No Ubicación de EIPEN: En Posesión del Alumno En la Oficina Principal

¿El alumno tiene alguna condición grave o que potencialmente ponga en peligro su vida? Sí No
ALERTA MÉDICA, CONDICIÓN o DISCAPACIDAD Notas o Comentarios al respecto (ejemplo, síntomas, severidad, causa)

Estatus en Canadá

Ciudadano Canadiense

Ascendencia Indígena

Residente Permanente

Refugiado

Permiso de Estudio/Récord de Visitante

Diplomático/Permiso del Ministro

Estudiante de Intercambio

Permiso de Trabajo de Padres

Permiso de Estudio de Padres

¿El alumno nació en Canadá? Sí No **SI SÍ**, ¿en qué provincia canadiense? _____

SI NO, especifique país de nacimiento: _____

Fecha de llegada a Canadá: _____ Fecha de llegada a la Provincia: _____
Año Mes Día Año Mes Día

Entró a Canadá como Refugiado

País de residencia anterior: _____ País de nacionalidad: _____

Idioma **MATERNO** del alumno: _____ Se habla en casa Idioma principal en casa

Otros idiomas hablados: _____ Se habla en casa Idioma principal en casa

Autoidentificación Voluntaria de Estudiantes Indígenas

Alumno es (marque una): Primeras Naciones (Estatus, No Estatus) Métis Inuit

Alumnos Adultos

La legislación del Gobierno de Ontario especifica que cuando los estudiantes cumplen 18 años de edad son considerados adulto; los padres/tutores son removidos automáticamente de la lista de contacto de los alumnos el día de su cumpleaños número 18. Si los alumnos mayores de edad desean continuar compartiendo la información



con sus padres/tutores, deberán completar la Autorización para la Divulgación de Información a Padres/Tutores (Forma APC023-06F) disponible en la oficina principal de la escuela.

Domicilio del Alumno: _____
 Número & Calle _____ Apt/Unidad _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 Teléfono de Hogar #: _____ ¿Privado? Sí No

Contactos

Los alumnos adultos deben listar al menos a uno de sus padres/tutores u otro adulto que pueda ser contactado en caso de emergencia.

Padre/Madre/Tutor: Apellido: _____ Primer Nombre _____ Masculino Femenino

Contacto (marque uno): 1° 2° 3° Relación con alumno: _____ ¿Católico? Sí No

Teléfono: Hogar # _____ Trabajo # _____ Ext: _____ Celular #: _____

Domicilio (si diferente al del alumno): _____
 Número & calle _____ Apt/Unidad _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Correo electrónico: _____

Marque TODAS las que apliquen:

Tutor Custodia Acceso a Registros Recibe correo Vive con alumno Habla el idioma de la escuela

Padre/Madre/Tutor: Apellido: _____ Primer Nombre _____ Masculino Femenino

Contacto (marque uno): 1° 2° 3° Relación con alumno: _____ ¿Católico? Sí No

Teléfono: Hogar # _____ Trabajo # _____ Ext: _____ Celular #: _____

Domicilio (si diferente al del alumno): _____
 Número & calle _____ Apt/Unidad _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Correo electrónico: _____

Marque TODAS las que apliquen:

Tutor Custodia Acceso a Registros Recibe correo Vive con alumno Habla el idioma de la escuela

Contacto Alternativo de Emergencia: Apellido: _____ Primer Nombre _____ Masculino Femenino

Contacto (marque uno): 1° 2° 3° Relación con alumno: _____

Teléfono: Hogar # _____ Trabajo # _____ Ext: _____ Celular #: _____

En caso de emergencia y/o como parte del programa Safe Arrival (*Llegada Segura*), doy mi consentimiento para que la escuela contacte a las personas y números de teléfono proporcionados en esta forma. Confirmando también que la información contenida en esta forma es cierta y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la escuela de cualquier cambio en la información aquí proporcionada tan pronto como sea posible.

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____
 (o Alumno mayor de edad)

Aviso de Recopilación

La información personal es recopilada en cumplimiento con los artículos 265 y 266 de la Education Act (*Ley de Educación*) y el artículo 28 de la Ley Municipal de la Libertad de Información y Protección de la Privacidad (*Municipal Freedom of Information and Protection of Privacy Act (MFIPPA)*). Dicha información será utilizada para efectos de comunicación, planeación educativa y para establecer el Registro de Estudiantes de Ontario (OSR). Cualquier pregunta relacionada con la recopilación, uso y divulgación de la información de los alumnos deberá ser dirigida al Director de la escuela, o al Oficial de privacidad del WCDSB a: privacy@wcdsb.ca.

Completada por: Padre/Madre/Tutor/Alumno mayor de edad
Distribución: Padre/Madre/Tutor/Alumno mayor de edad → Escuela
Retención: Oficina Principal (Año corriente +2 Años)