

# Shepard IB Middle School

International Baccalaureate

Middle Years Programme

El aumento de PAI II ( septimo 7<sup>th</sup> grado) Formulario de Selección de Cursos  
2018-2019

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre completo)

Correo electrónico del estudiante \_\_\_\_\_

**Cursos obligatorios: Marque con una X su opción para Idioma y Matemáticas**

**Idioma (Artes y Letras)**

**Matemáticas**

\_\_\_\_\_ Idioma para 7to grado

\_\_\_\_\_ Matemáticas de 7to grado

\_\_\_\_\_ Idioma AIG \*\*\* (Cursos avanzados)

\_\_\_\_\_ Matemáticas\*\*\* avanzada de 7to grado

**REQUIRED COURSES:**  **Ciencia**  **Humanidades (Estudio Sociales)**

## **Cursos del programa Discovery – 18 semanas**

Los estudiantes deben tomar un Idioma B (lengua extranjera) y un curso de Salud/Educación física. Coloque una X en sus opciones

**Cursos Discovery opcionales**

**Cursos Discovery obligatorios**

\_\_\_\_\_ Banda (año completo)  
(El estudiante debe tener un instrumento)

\_\_\_\_\_ Aprendiendo español por exploración

\_\_\_\_\_ Leyes

\_\_\_\_\_ Aprendiendo chino por exploración

\_\_\_\_\_ Aprendiendo tecnología por exploración

\_\_\_\_\_ Espanol para hablantes nativos

\_\_\_\_\_ Arte

\_\_\_\_\_ Computación

\_\_\_\_\_ Chorus

Salud & Educación física. (Semestral)

Los estudiantes que son hablantes nativos de español serán asignados automáticamente a clases de chino.

Firma del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE DATOS DEL ALUMNO**  
**(ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)**

Nombre del alumno \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ *Apellido* *Primer nombre* *Segundo nombre*  
Raza \_\_\_\_\_ Sexo - Masculino Femenino

Dirección del alumno \_\_\_\_\_  
*Calle o casilla de correo Ciudad Código postal*

El alumno vive con (marque todo lo que corresponda): \_\_\_ Madre \_\_\_ Padre \_\_\_ Padrastro \_\_\_ Madrastra \_\_\_ Otro

Viaja en autobús: \_\_\_\_\_ Viaja en automóvil: \_\_\_\_\_ Camina: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/madrastra \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
*Ciudad Código postal*

Dirección postal \_\_\_\_\_  
*Calle o casilla de correo Ciudad Código postal*

Teléfono particular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número principal de contacto (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del padre/padrastro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
*Ciudad Código postal*

Dirección postal \_\_\_\_\_  
*Calle o Casilla de correo Ciudad Código postal*

Teléfono particular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número principal de contacto (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Incluya cualquier problema médico que tenga el alumno:

\_\_\_\_\_

Incluya todos los medicamentos "recetados" que el alumno está tomando actualmente:

\_\_\_\_\_

Contactos de emergencia y personas autorizadas para retirar a su hijo/a:

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Es su hijo parte del Programa de niños excepcionales? \_\_\_\_\_ Sí / \_\_\_\_\_ No

Si es sí, describa \_\_\_\_\_