

Texas ACE  
21<sup>st</sup> Century Community Learning Center  
Forma de Registro Participante 2022-2023

ACE OFFICE USE ONLY	
ACE Site #	_____
ACE Bus #	_____
Date Entered in Computer	___/___/___
Data Staff Initials	_____
Date Attended ACE Orientation	___/___/___

**\*\*\*POR FAVOR IMPRIMA\*\*\***

Yo participé en el programa de ACE 21<sup>st</sup> Century el año pasado  Sí  No

Escuela: **PRIMARIA PUGH**

Apellido legal del Participante	Primer nombre del Participante	Inicial	Numero Teléfono del Casa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio del participante	Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Étnico / Raza: (Contiene dos partes. Favor de completar las dos)

Edad  Sexo (M o F)

SSN o ID del estudiante

Fecha de Nacimiento  /  /

Étnico (Seleccione uno)  Hispano/Latino o  No

Raza (Seleccione todos los que apliquen, relacionado con su étnico):

Nativo Americano/ de Alaska (1)  Asiático (2)

Negro /Afro-americano (3)  Blanco (4)

Nativo de Hawai /Otras Isla Del Pacifico (5)

Cuando comenzó el ciclo escolar Agosto de 2022 Grado del participante 2022

El estudiante recibe: (seleccione una)

Comida Gratis

Comida con Precio reducido

Primaria -Nombre del Maestro

Intermedia o Preparatoria Nombre del maestro de Matemáticas

Primer Idioma del Estudiante

Intermedia o Preparatoria: Nombre del maestro de Inglés

Estudiante/participante vive con:  
(Seleccione uno)

Ambos padres  Solo mamá  Solo papá

Foster care  Guardián  Otro

Este estudiante se irá:  caminando  en carro  tomará el transporte público  tomará el transporte escolar (no está disponible en todas las paradas).

Si el transporte es proporcionado por el programa, liste la esquina más cerca de la parada de la casa:

¿Qué actividades extracurriculares está el estudiante participando? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna razón médica por que su hijo/a no podrá participar en ciertas actividades físicas?  No  Si

Si dijo que SI explique abajo:

Indique a continuación cualquier otra cosa (alergias, medicamentos o necesidades especiales) que el personal debe saber acerca de su hijo/a.

**\*\* Padre o tutor es responsable de notificar al personal ACE de cualquier cambio \*\***

