



Solicitud de inscripción 2018-2019

Nombre legal del estudiante: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa): _____ **Grado en el otoño 2018:** _____

****Si su estudiante se está inscribiendo en kínder-5to grado, por favor seleccione su 1ra y 2da opción de escuela****

1^{ra} Opción 2^{da} Opción

Grados Kinder-4: HIAWATHA LEADERSHIP ACADEMY – MORRIS PARK (HLA-MP)
3810 E. 56th Street, Minneapolis, MN 55417
Tel: 612-987-5688

Grados Kinder-4: HIAWATHA LEADERSHIP ACADEMY – NORTHROP (HLA-N)
1611 E. 46th Street, Minneapolis, MN 55407
Tel: 612-455-4004

Grados: 5-8 HIAWATHA COLLEGE PREP-KINGFIELD (HCP-K)
3800 Pleasant Avenue, Minneapolis, MN 55409
Tel: 612-353-4324

Grado: 5 HIAWATHA COLLEGE PREP-NORTHROP (HCP-N)
4640 17th Ave S., Minneapolis, MN 55407
Tel: 612-385-7430

Grados 9-12: HIAWATHA COLLEGIATE HIGH SCHOOL (HCHS)
3500 E. 28th St., Minneapolis, MN 55406
Tel: 612-547-9056

Dirección: _____
(Número y nombre de la calle) (Numero de departamento) (Ciudad) (Estado) (Zip)

Teléfono principal: (_____) _____ **Correo electrónico:** _____
(Código de Área) (Numero)

¿Usted trabaja actualmente en Hiawatha Academies? Sí No

¿Tiene el estudiante un(a) hermano(a) actualmente INSCRITO en Hiawatha Academies? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre de cada hermano(a) inscrito actualmente en el espacio de abajo.

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	Grado	Escuela

¿Tiene el estudiante un(a) hermano(a) que actualmente está APLICANDO a Hiawatha Academies? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre de cada hermano(a) solicitante en el espacio de abajo.

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	Grado	Escuela

Padre/Madre/Guardián (1)

(Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo nombre) _____

Dirección: _____
(Número y nombre de la calle) (Numero de departamento) (Ciudad) (Estado) (Zip)

Teléfono principal: (_____) _____ Marque uno: Casa Celular Teléfono secundario: (_____) _____

Padre/Madre/Guardián (2)

(Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo nombre) _____

Dirección: _____
(Número y nombre de la calle) (Numero de departamento) (Ciudad) (Estado) (Zip)

Teléfono principal: (_____) _____ Marque uno: Casa Celular Teléfono secundario: (_____) _____

Información de contacto alternativo:

(Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo nombre) _____

Dirección: _____
(Número y nombre de la calle) (Numero de departamento) (Ciudad) (Estado) (Zip)

Teléfono principal: (_____) _____ Marque uno: Casa Celular Teléfono secundario: (_____) _____

Las regulaciones y estatutos requieren que el distrito escolar mantenga la información personal de los estudiantes al día. Dicha información formará parte del archivo permanente de un estudiante y estará disponible para ciertos miembros del personal de la escuela de Hiawatha Academies.

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION DESCRITA AQUÍ ES CORRECTA.

Firma de Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____

District #4170 Hiawatha Academies
Growing Learners. Growing Leaders.
1611 E. 46th St. Minneapolis, MN 55407
www.hiawathaacademies.org

HIAWATHA ACADEMIES NETWORK OFFICES USE ONLY:

Today's date: _____ Form completed at (circle one): HLA-MP HLA-N HCP-K HCP-N HCHS