

**1. INFORMACIÓN del ESTUDIANTE**

Numero de SASID \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ MN \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

Origen Étnico:  Americano Africano  Americano Nativo  Anglo  
 Americano Asiático  Hispano/Chicano/Latino/Mexicano Americano

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Correo Electronico 1 \_\_\_\_\_

Correo Electronico 2 \_\_\_\_\_

¿Usted participa en un programa de comida gratis o reducida?  Sí  No

¿Usted tiene una inhabilidad?  Sí  No

¿Es un estudiante que regresa al programa de MESA?  Sí  No

Si sí, indica los grados usted tomó parte en MESA (liste todo lo que aplica):

|                            |   |  |  |
|----------------------------|---|--|--|
| <i>Escuela Primaria</i>    | <input type="checkbox"/> Kindergarten<br><input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup> Grade           | <input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> Grade<br><input type="checkbox"/> 4 <sup>th</sup> Grade   | <input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> Grade<br><input type="checkbox"/> 5 <sup>th</sup> Grade |
| <i>Escuela Secundaria</i>  | <input type="checkbox"/> 6 <sup>th</sup> Grade  | <input type="checkbox"/> 7 <sup>th</sup> Grade   | <input type="checkbox"/> 8 <sup>th</sup> Grade   |
| <i>Escuela Prepartoria</i> | <input type="checkbox"/> 9 <sup>th</sup> Grade<br><input type="checkbox"/> 11 <sup>th</sup> Grade | <input type="checkbox"/> 10 <sup>th</sup> Grade<br><input type="checkbox"/> 12 <sup>th</sup> Grade |  |

**2. INFORMACIÓN del PADRE**

Nombre de Padre/Guardian \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

El nivel de la educación más alto terminado por padre/guardian

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria o menos | <input type="checkbox"/> Graduado de Escuela Secundaria |
| <input type="checkbox"/> Alguna Colegio             | <input type="checkbox"/> Instituto Profesional          |
| <input type="checkbox"/> Graduado de Colegio        | <input type="checkbox"/> Maestria                       |
| <input type="checkbox"/> No lo sé                   |   |

**¡ASEGÚRESE PARA COMPLETAR  
TRASERO DE FORMA!**

