

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

(Favor de llenar completamente; ponga "NA" donde no aplique.)



INFORMACION SOBRE EL ESTUDIANTE

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Nombre legal (si es diferente) _____

Género: Masculino Femenino Grado _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____ Edad _____

Lugar de nacimiento (ciudad/estado/país) _____ / _____ / _____

Si nació fuera de EE UU, fecha de entrada ____/____/____ Fecha entrada a escuela de EE UU ____/____/____
mes / día / año mes / día / año

Dirección de correo _____ Ciudad _____ Código postal _____

Dirección de residencia, si es diferente _____ Ciudad _____

Código postal _____ ¿El estudiante ha asistido antes a alguna escuela en California? Sí No

Última a la que asistió: _____
Escuela Distrito City Estado

Si el estudiante vive con alguien que no es su padre/madre, proporcione la siguiente información:

Nombre Completo _____ Relación _____

¿Es usted el tutor legal? Sí No Teléfono (____) _____ - _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre Completo _____ Teléfono Casa (____) _____ - _____
(Marque uno) Madre Padre Madre adoptivo Padre adoptivo Proveedor de atención médica Padre de crianza

Empleador _____ Teléfono Trabajo (____) _____ - _____

Teléfono Celular (____) _____ - _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Correo Electrónico _____

Nombre Completo _____ Teléfono Casa (____) _____ - _____
(Marque uno) Madre Padre Madre adoptivo Padre adoptivo Proveedor de atención médica Padre de crianza

Empleador _____ Teléfono Trabajo (____) _____ - _____

Teléfono Celular (____) _____ - _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Correo Electrónico _____

Indique los demás niños en la familia:

Nombre _____ escuela _____ Grado _____ Masculino Femenino Fecha Nacimiento ____/____/____
mes / día / año

Nombre _____ escuela _____ Grado _____ Masculino Femenino Fecha Nacimiento ____/____/____
mes / día / año

Nombre _____ escuela _____ Grado _____ Masculino Femenino Fecha Nacimiento ____/____/____
mes / día / año

OFFICE USE ONLY:

Aeries Perm ID No. _____ Entry Date ____/____/____

Immunizations CSIS No. _____ Grade Level _____

Cum Request Birth Verification _____ Teacher _____

Lunch App? Yes No Address Verification _____ School _____

Twin Rivers Unified School District

RAZA/ETNICIDAD

(La Sección 8310.5 del Código de Educación del Gobierno de California requiere que preguntemos por la siguiente información.)

Parte A. ¿El estudiante es Hispano o Latino? (elijá solo uno)

- No, ni Hispano ni Latino
 Sí, Hispano o Latino

La parte anterior es para definir el grupo étnico, no su raza. Sin importar cual fue su respuesta anterior, responda los siguientes marcando una o más opciones indicando lo que usted considera que es el grupo racial al que pertenece el estudiante.

Parte B. ¿Cuál es el grupo racial del estudiante? (elijá una o más)

- Nativo Americano o Nativo de Alaska

Asiático

- Chino Laosiano
 Japonés Cambodia
 Coreano Filipino
 Vietnamés Hmong
 Asia o India Otro Asiático

Nativo Hawaiano u Otras Islas del Pacífico

- Hawaiano Samoano
 Guamaniano Tahitiano
 Otras Islas del Pacífico

Negro o Afro Americano

Blanco

NIVEL ACADÉMICO MÁS ALTO DEL PADRE O TUTOR

Indique el más alto nivel académico alcanzado por cualquiera de los padres.

- No se graduó de secundaria
 Graduado de escuela secundaria
 No se graduó de la universidad
 Graduado de universidad
 Escuela de posgrado o maestría
 No desea indicar

Mi firma certifica que toda la información proporcionada en esta encuesta es correcta. Entiendo que los cambios de dirección, número de teléfono y/o de la información de emergencia se deben informar inmediatamente a la escuela.

_____/_____/_____
Firma del padre o tutor Fecha: mes / día / año

INFORMACIÓN MÉDICA/DE SALUD/DE EMERGENCIA

A. Si ocurre un accidente u otra emergencia y los padres o el tutor no se hallan disponibles, por la presente autorizo a la escuela para que haga los arreglos necesarios para que mi hijo (a) reciba atención médica u hospitalaria, incluyendo transporte. Acuerdo pagar todos los costos incurridos. En las circunstancias que figuran más arriba, autorizo además al médico nombrado a continuación a que atienda y trate a mi hija (o) según sea necesario. En caso de que dicho médico no se hallara disponible, autorizo que la atención y tratamientos sean proporcionados por un médico o un cirujano debidamente acreditado.

Nombre completo del médico _____

Teléfono (____) _____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Cobertura de salud _____ Número de Registro _____

No elijo la declaración que antecede, y en caso de accidente o emergencia deseo que se haga lo siguiente: _____

B. La ley de California requiere que se haga un examen físico a todos los niños que ingresan a la escuela. Esto se puede hacer dentro de los seis meses antes de que su hijo (a) ingrese al jardín de niños y hasta 90 días después de que ingrese al primer grado.

Marque si esto se hizo: Yes No

Si contestó que sí, coloque la fecha del examen ____/____/____

Nombre del Doctor/Clinica _____

C. La ley de California requiere que el padre/tutor legal informe a la escuela si su estudiante tiene que tomar algún medicamento consistentemente, facilite la información siguiente:

Medicamento _____ Dosis _____ Doctor Autorizando _____

(Si el medicamento tiene que administrarse durante el horario escolar, deberá obtenerse un permiso de administración médica (**Medication Release Form**) de la escuela para ser llenado por alguno de los padres y el médico.)

D. ¿Ha tenido su hijo (a) alguna de las condiciones siguientes? (marque todo lo que aplique.)

- Asma (fecha de último ataque: ____/____/____) Visión/problemas del oído
- Alergia a alimentos (Lista: _____) alergia picaduras de abeja
- Problemas del corazón Hepatitis Convulsiones Diabetes
- Otras alergias serias: _____
- Enfermedades crónicas: _____
- Problemas de salud mental: _____
- Otros problemas conocidos: _____

E. Equipo o procedimientos especiales de salud: _____

Firma del padre o tutor

_____/_____/_____
Fecha: mes / día / año

INFORMACIÓN DE SERVICIOS ESTUDIANTILES

¿RECIBIÓ SU ESTUDIANTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS O SERVICIOS? (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE.)

- Educación Especial (RSP, Habla, Ubicación de clase especial IEP)
- GATE (Educación de superdotados y talentosos)
- Consejería (Asesoramiento escolar, Trabajador Social de la escuela o servicio de asesoramiento externo)
- Ayuda para mejorar la asistencia (Equipo de revisión de asistencia de escuela / Junta de revisión de asistencia de la escuela)
- Ayuda para mejorar la conducta (Comportamiento de intervención)
- Servicios de educación sin hogar
- Tutoría
- 504 Plan de acomodación

¿Dónde vive actualmente su estudiante/su familia? (Marque **solo una** casilla. Esta información se empleará para determinar si su estudiante califica para alguna otra ayuda según la ley del 2001 *Que ningún niño se quede atrás.*)

- En una casa o apartamento
- Con más de una familia en una casa o apartamento por razones económicas
- En un refugio o de vivienda en transición
- En un motel, un vehículo o campamento
- En un programa de adopción temporal

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL ESTUDIANTE

¿Ha sido su estudiante expulsado de alguna otra escuela o distrito? Si No

¿Cuándo? ____/____/____ Nombre de escuela/distrito: _____

¿Ha repetido su estudiante algún año escolar? Si No

Si respondió que sí, ¿cuál grado (s)? _____

INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

En el caso de que en alguna emergencia no podamos contactar al padre o tutor legal, la escuela se pondrá en contacto y puede autorizar la salida del estudiante a cualquiera de los mencionados en la lista siguiente:

Nombre _____

Relación _____ Tel. (____) _____ - _____

Nombre _____

Relación _____ Tel. (____) _____ - _____

Nombre _____

Relación _____ Tel. (____) _____ - _____