

INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES AL DISTRITO ESCOLAR CLOVERDALE

GRADO

Apellido del estudiante:

Primer nombre:

ID Permanente:

► ¿Alguna vez ha asistido su hijo o hija a las escuelas públicas de Cloverdale? Sí No

USE LETRA DE MOLDE – NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE

Primer nombre legal Segundo nombre legal Apellido legal Otro nombre legal (si aplica)

Hombre Mujer Fecha de nacimiento: Mes Día Año

Nombre del padre o tutor Apellido Teléfono en casa Tel. en el trabajo

Nombre de la madre o tutor Apellido Teléfono en casa Tel. en el trabajo

Dirección postal Apt# Ciudad Estado Zip

Dirección (# de casa y nombre de la calle) (si es diferente a la otra) Apt # Ciudad Estado Zip

(P.O Box o # de casa y nombre de la calle) Correo electrónico del padre o tutor:

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO O HIJA? (marque una) Hispano o Latino (Una persona cuya cultura u origen es de Cuba, México, Puerto Rico, Centro o Sudamérica, sin importar su raza) No Hispano o Latino

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO O HIJA? (Por favor no marque más de cinco opciones)

La parte de la pregunta que aparece arriba es sobre etnicidad, no sobre raza. Independientemente de la opción que elija, favor de continuar respondiendo lo que sigue, marcando uno o más de los cuadritos, para indicar la que considera que es su raza.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska (100)
(Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Norte, Centro o Sudamérica) | <input type="checkbox"/> Laos (206) | <input type="checkbox"/> Samoa (303) |
| <input type="checkbox"/> Chino (201) | <input type="checkbox"/> Camboyano (207) | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304) |
| <input type="checkbox"/> Japonés (202) | <input type="checkbox"/> Hmong (208) | <input type="checkbox"/> Otro grupo de las Islas del Pacífico (399) |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203) | <input type="checkbox"/> Otro asiático (299) | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano (400) |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301) | <input type="checkbox"/> Afroestadunidense o negro (600) |
| <input type="checkbox"/> Indio de Asia (205) | <input type="checkbox"/> Guamés (302) | <input type="checkbox"/> Blanco (700) (Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Europa, Norte de África o el Medio Oriente) |

EDUCACIÓN DE LOS PADRES – Marque la respuesta que describa el nivel del padre con mayor grado de educación escolar.

- No se graduó de *high school* (secundaria y preparatoria)
- Se graduó de *high school* (sec. y preparatoria)
- Algo de *college* (incluye AA degree)
- Se graduó del *college* (Universidad)
- Con licenciatura o con postgrado

Fecha en que asistió por vez primera a la escuela en **EE.UU.**

Mes Día Año

Fecha en que asistió por vez primera a la escuela en California

Mes Día Año

Lugar de nacimiento Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____

Es ciudadano de EE.UU: Sí No

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN AL OTRO LADO DE LA FORMA (Rev 4/10/09)

Apellido del/la estudiante:

Primer nombre:

ID permanente:

¿En qué idioma desea usted recibir comunicación escrita de la escuela? Inglés Español

Residencia – ¿Dónde vive actualmente su hijo o hija o la familia? (pedido por la federación al NCLB) – Por favor, marque la/s casilla/s apropiada/s
 En una residencia permanente con la familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil)
 En un motel/hotel (09)
 Con más de una familia en una casa o apartamento (11)
 Sin residencia (carro o campamento) (12)
 En un refugio o programa de vivienda en transición (10)
 Otra (15) especifique _____

Información del padre o tutor con el/la que vive el/la estudiante – marque todas las que apliquen
 Padre Madre Ambos Padrastro Madrastra Encargado Casa grupal/de cuidado temporal Otro _____
¿Es la persona/s marcada arriba el tutor LEGAL del/la estudiante? Sí No Si no, por favor llene una declaración jurada de la persona encargada (Caregiver Affidavit)
Si hay un acuerdo de custodia legal respecto a este/a estudiante, por favor marque si es: Custodia conjunta Custodia individual Encargado

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DE ABAJO PARA EL/LOS PADRE/S O TUTOR CON QUIEN VIVE EL/LA ESTUDIANTE:

1. Padre Padrastro/Tutor (maque uno) Nombre completo: _____
Empleador: _____ Ciudad: _____ Tel. de día # (____) _____
2. Madre Madrastra/Tutora (marque una) Nombre completo: _____
Empleador: _____ Ciudad : _____ Tel. de día # (____) _____

CORREO DUPLICADO – Si está divorciado/a o separado/a y tiene la custodia conjunta que le permite duplicar y compartir la información que se le dé con su esposo/a, por favor, incluya el nombre, dirección y número de teléfono del otro padre:

Nombre completo: _____ Tel. #: (____) _____
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____
Correo electrónico: _____

ESCUELA/S DONDE ASISTIÓ ANTES: (Por favor, enliste TODAS las escuelas en las que ha estado su hijo o hija antes. Dénos papeles adicionales si es necesario)

Table with 4 columns: Escuela (empiece con la más reciente), Dirección/Ciudad/Estado/Zip, Grado/s, Fecha/s

¿Existe algún reporte psicológico o confidencial disponible de la escuela anterior de su hijo/a? Sí No
¿Ha sido suspendido/a su hijo o hija? Sí No ¿Alguna vez fue expulsado/a? Sí No
¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a? (por favor marque las que apliquen)
Educación especial: Recursos didácticos (RSP) Clase especial en el día (SDC) Lenguaje 504 Plan de apoyo de comportamiento?
Otra: Dotado/a (GATE) Remedio para matemáticas Remedio para lectura Consejería
 Desarrollo del lenguaje inglés
 Ayuda para mejorar su asistencia / su comportamiento Otra (especifique) _____
Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Table with 7 columns: Proof of Birth, Proof of Residence, Proof of Immunization, Entry Reason, Enroll Date, Assigned Grade, CSIS/SSID #, Blank (ET, RC)

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN AL OTRO LADO DE LA FORMA (Rev 4/10/09)

Apellido del estudiante	Primer Nombre

En el caso de una reacción alérgica severa, doy permiso al personal de la escuela que hayan sido entrenados para que le den tratamiento de emergencia (adrenalina vía epi-pen) a mi niño.

Firma de padre/apoderado _____ Fecha _____

Yo autorizo a la escuela de tomar la acción apropiada para la seguridad/bienestar de mi niño/a, inclusive el transporte a la facilidad de emergencia más cercana si es necesario.

Firma de padre/apoderado _____ Fecha _____

PERMISO PARA TRANSPORTAR AL ESTUDIANTE

Nosotros, (los padres/apoderados) de (el nombre de estudiante) _____, firmamos en la parte de abajo y por la presente otorgamos nuestro permiso para que el Distrito Unificado de Escuelas de Cloverdale, Condado de Sonoma, CA pueda transportar al estudiante nombrado de ida y vuelta a la escuela y de ida y vuelta a actividades patrocinadas por la escuela incluyendo, pero no limitado a viajes de estudio, y a eventos atléticos y sociales.

Firma de padre/apoderado _____ Fecha _____

Información médica

Condiciones médicas

Ponga un cheque en todas las cajitas que se apliquen al niño

<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> infecciones de la oreja	<input type="checkbox"/> migrañas
<input type="checkbox"/> alergias	<input type="checkbox"/> desorden de alimentación	<input type="checkbox"/> distrofia muscular
<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> desorden emocional	<input type="checkbox"/> esqueleto muscular
<input type="checkbox"/> inhalador	<input type="checkbox"/> audífono/tubos	<input type="checkbox"/> aparato protético
<input type="checkbox"/> piquete de abeja	<input type="checkbox"/> problema auditorio	<input type="checkbox"/> ataques epilépticos
<input type="checkbox"/> cajita para piquetes	<input type="checkbox"/> problema cardíaco	<input type="checkbox"/> problema epidérmico
<input type="checkbox"/> desorden de la sangre	<input type="checkbox"/> hernia	<input type="checkbox"/> problema estomacal
<input type="checkbox"/> cáncer	<input type="checkbox"/> hipoglucemia	<input type="checkbox"/> condición de la tiroides
<input type="checkbox"/> fibrosis quística	<input type="checkbox"/> riñón/vejiga	<input type="checkbox"/> síndrome de tourette
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> problema menstrual	<input type="checkbox"/> visión/ anteojos
<input type="checkbox"/> Otro problema:		

Medicamentos regulares

Nombre	Dosis (¿cuánto?)	¿A qué horas se da?

Nombre del doctor _____ teléfono _____

Tipo de seguro médico

<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Healthy Families	<input type="checkbox"/> Seguro de la escuela
<input type="checkbox"/> Seguro privado	<input type="checkbox"/> HMO	<input type="checkbox"/> Ninguno

Persona para contactar en caso de una emergencia
(y si los padres no están disponibles)

La escuela sólo puede entregar el estudiante a la persona que tiene custodia legal del niño (o sea, la persona que inscribió al estudiante en la escuela y la persona con la cual el estudiante vive) o a la persona designada abajo. Esta persona tiene que tener, por lo menos, dieciocho años de edad. (Indique en la orden de contacto deseado.)

<u>Nombre/Relación</u>	<u>Dirección de casa</u>	<u>Celular/ Teléfono para recados</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____