

<b>School Office Use Only</b>				
Student # _____				
Sch Yr _____	Sch# _____	Grade _____	SpEd Gr _____	Tract _____
Teacher _____			Room# _____	
Birth Verification: BC <input type="checkbox"/> Baptism <input type="checkbox"/> Passport <input type="checkbox"/> Other _____				
Race Intentionally Left Blank <input type="checkbox"/>				
Entry Date _____		Registration Clerk _____		

**Por favor llene /o corrija la siguiente información:**

DEMOGRAPHICS

Apellido legal del estudiante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial 2º nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Otro Apellido Usado \_\_\_\_\_ Otro Nombre Usado \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio - Calle \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Estado en Donde Nació \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del padre quien recibirá correspondencia escolar \_\_\_\_\_

CONTACTS

Padre	Madre	Padres de crianza	Tutor
Encierre su respuesta con un círculo - ¿Con quién vive el estudiante con la Padre/Madre/Padres de crianza/Tutor? (El tutor deberá presentar documentación)			
Apellido _____	Nombre _____	Inicial _____	Apellido de Soltera _____
Domicilio _____			
Ciudad _____	Estado _____	Zona Postal _____	<input type="checkbox"/> Militares Activos
Lugar de empleo _____			
( ) _____		( ) _____	
Teléfono en casa _____		Teléfono del trabajo _____	
( ) _____		( ) _____	
Correo electrónico _____		Teléfono celular _____	
<small>(Para el uso exclusivo del Distrito, Escuelas, PTA/PTO y Fundación)</small>			

**SITUACIÓN TUTELAR:** Daremos por entendido que los padres/tutores tienen la patria potestad de sus estudiantes **ACLARE CUALQUIER SITUACIÓN EN PARTICULAR EN LO REFERENTE A LA TUTELA DEL ESTUDIANTE. ESPECIFIQUE LAS PERSONAS QUE NO Podrán RECOGER A SU ESTUDIANTE. (DEBERÁ PRESENTAR LOS DOCUMENTOS OFICIALES POR ESCRITO EN LA OFICINA DE LA ESCUELA.)**

DEMOGRAPHICS

**NIVEL DE EDUCACIÓN DEL PADRE:** Marque para describir el nivel de educación más alto ya sea del padre o madre

Sin secundaria (14)       Graduado de secundaria (13)       Un poco de universidad (12)  
 Con título universitario (11)       Curso de postgraduado (10)       No respuesta/Lo ignoro (15)

DEMOGRAPHICS

**INFORMACIÓN SOBRE EL IDIOMA** El Código Estatal de Educación requiere que las escuelas determinen el idioma hablado en casa. Esta información es esencial para proporcionar la instrucción adecuada a todos los estudiantes. Requerimos su colaboración para poder cumplir dichos requisitos tan importantes.

- ¿Cuál es el idioma que aprendió su hijo cuando comenzó a hablar? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el idioma principal que su hijo(a) usa en casa? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el idioma principal que Ud. usa en casa para hablar con su hijo(a)? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el idioma principal usado por adultos en su casa? \_\_\_\_\_

En que idioma le gustaría recibir comunicación escrita de la escuela?  Inglés  Español

**ETNICIDAD y RAZA**

Como lo requieren las leyes federales y estatales, indique el grupo étnico y raza con la cual desee que su hijo(a) sea identificado. Esta información se utilizará solamente para reportar el número total de estudiantes por grupo étnico, y no se hará pública de ninguna forma identificable.

- Es este estudiante Hispano ó Latino?  Sí (500)  No
- Indique uno o mas de las siguientes para identificar la raza del estudiante.
 

<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (100)	<input type="checkbox"/> Guamenio (302)	<input type="checkbox"/> Otro de las Islas Pacíficas (399)
<input type="checkbox"/> Indio Asiático (205)	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii (301)	<input type="checkbox"/> Samoano (303)
<input type="checkbox"/> Africano Americano (600)	<input type="checkbox"/> Japonés (202)	<input type="checkbox"/> Tahitiano (304)
<input type="checkbox"/> Camboyano (207)	<input type="checkbox"/> Coreano (203)	<input type="checkbox"/> Vietnamés (204)
<input type="checkbox"/> Chino (201)	<input type="checkbox"/> Laosiano (206)	<input type="checkbox"/> Blanco (700)
<input type="checkbox"/> Filipino (400)	<input type="checkbox"/> Otro Asiático (299)	

DEMOGRAPHICS 2

**ESCUELA DE ASISTENCIA ANTERIOR** (Sólo si es nuevo estudiante)

Nombre de la última escuela \_\_\_\_\_

Dirección de la última escuela \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

El último grado terminado \_\_\_\_\_ Nombre del maestro \_\_\_\_\_

¿Cuándo su hijo/a estuvo por primera vez o estará en una escuela privada o pública en los E.U.? (No se incluye el Pre-escolar) \_\_\_\_\_ (año/mes)

¿Cuándo su hijo/a estuvo por primera vez o estará en una escuela pública en California? (No se incluye el Pre-Escolar) \_\_\_\_\_ (año/mes)

**Favor de completar la información en la parte de atrás de este formulario.**

**INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA**

No se le permitirá salir de la escuela a su niño(a) con otra persona que no sea nombrada en esta lista. Por favor escriba el nombre de TRES personas en esta localidad a quien se les pueda llamar o /para que recoja a su hijo en caso de enfermedad o emergencia, en caso de que no se haya podido localizar a los padres o tutores.

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Dentista/Orthodontista \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del médico para llamar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

*ATENCIÓN: EL CÓDIGO EDUCACIONAL DE CALIFORNIA 49423 requiere un permiso médico con firmas del médico y de los padres , en caso de haber la necesidad de proporcionar medicamentos a su niño(a) en la escuela. Las formas de autorización se pueden obtener en la oficina escolar. No se administrará ningún medicamento sin autorización previa.*

En caso de urgencia, si ninguna de las personas en la lista de urgencias responde, el estudiante será trasladado al hospital en ambulancia  Sí  No

En caso de emergencia, y si no es posible contactar al médico mencionado o/ si no se proporcionó el nombre del médico, ¿Autoriza Ud. para que las autoridades escolares o el hospital seleccionen el médico para su hijo(a)?

Sí  No **Firma del Padre:** \_\_\_\_\_

Escriba los nombres de los hermanos y hermanas menores de 18 años que vivan en casa (nombre/edad/ fecha de nacimiento):

Nombre \_\_\_\_\_ Grado/Escuela \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Grado/Escuela \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Grado/Escuela \_\_\_\_\_

Ha participado su hijo(a) en algunos de estos programas? (Marque en los que haya participado)

**Programas Especiales**  Educación Especial  Habla  Gifted  
 Educación Migrante  Bilingue/ESL  Otro (favor especificar)

**VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA (solo para nuevos estudiantes)**

Favor de seleccionar la opción que mejor describa su domicilio principal:

Casa de una sola familia (200)  Apartamento/Condominio (200)  Casa de amparo (100)  Otra: \_\_\_\_\_  
 Casa movable (310)  Auto/Casa Rodante (310)  Campamento (130)  
 Duplex (200)  Hotel/Motel (110)  Casa de crianza (310)

**NO** se inscribirá a nuevos estudiantes hasta que proporcionen a la escuela por lo menos dos (2) documentos que comprueben su domicilio. Sabemos que el cumplimiento de este requisito pudiera causar inconvenientes, pero es sólo por el beneficio de su niño(a)

**Advertencia: El Distrito investigará si el estudiante ha sido inscrito en forma ilegal, de ser así, tiene derecho a tomar acción legal.**

Nombre y Apellido del Estudiante \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Zona Postal

*Declaro bajo pena de perjurio que la información que aquí he proporcionado es correcta y verdadera.*

Firma de los Padres/Tutores \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PROOF OF RESIDENCE PRESENTED (For Office Use Only)**

**Two residency documents received, one from each section below:**

**A. Property**  Property Tax Statement  Agency Rental/Lease  Grant Deed  Other (specify)  
**B. Utility**  Water  Gas/Electric  Cable

**Document Photocopied and checked by** \_\_\_\_\_ **School** \_\_\_\_\_

*Declaro bajo pena de perjurio que la información que he aquí proporcionado es correcta y verdadera. Si cambio de domicilio durante el año escolar, notificaré inmediatamente al personal de la oficina escolar.*

**Firma de los Padres/Tutores** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_