

DISTRITO ESCOLAR DE HOLLISTER

FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL ALUMNO

ESCUELA: _____

1. DATOS DEL ALUMNO (IMPRESIÓN) Fecha: _____ # DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO: _____

_____	_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Apodo o sobrenombre
M _____ F _____		_____	
Otro nombre si es diferente al de arriba		Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)	
_____	_____	Fecha en que ingresó por vez primera a una escuela en los EE.UU. _____	
Fecha de nacimiento	Grado	Fecha en que ingresó por vez primera a una escuela en California _____	
_____		()	_____
Domicilio	# de Apto.	Ciudad/Estado/Zona Postal	Teléfono del hogar

2. INFORMACIÓN SOBRE EL IDIOMA MATERNO

¿Qué idioma usó el alumno cuando empezó a hablar? _____

¿Qué idioma usa el alumno con más frecuencia en el hogar? _____

¿En qué idioma le habla usted a su hijo con más frecuencia? _____

Indique el idioma que usan los adultos con más frecuencia en el hogar del niño. _____

Firma del Padre o Tutor: _____

¿En qué idioma prefiere Ud. que se le envíe la correspondencia a casa? Español o inglés: _____

3. INFORMACIÓN SOBRE LA RAZA Y ORIGEN ÉTNICO

Grupo étnico (*Seleccione uno*) Hispano o Latino no Hispano o Latino

Raza (*Seleccione uno o más, cualquiera que sea su grupo*):

Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afroamericano Asiático

Nativo de Hawai o nativo de alguna otra Isla del Pacífico Blanco Otro _____

4. PROGRAMAS ESPECIALES

Por favor indique si el alumno ha recibido servicios especiales o si ha participado en alguno de los siguientes programas:

227 Choice (*Programa Alternativo Bilingüe*) Especialista de Recursos Clase de Educación Especial

Programa para Niños Superdotados Educación Migrante Terapia del Habla/Lenguaje

Alimentos Gratis o a Precio Reducido Título 1 Educación Física Adaptativa

Otro _____

5. INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES O TUTORES

El alumno vive con:

Ambos padres Madre Padre Padrastró Tutor legal Otro _____

Nivel de Educación	NOMBRE	OCUPACIÓN	EMPLEADOR	TEL. DEL TRABAJO
_____ Madre	_____	_____	_____	() _____
_____ Padre	_____	_____	_____	() _____
_____ Padrastrós	_____	_____	_____	() _____
_____ Tutor Legal	_____	_____	_____	() _____
_____ Otro	_____	_____	_____	() _____

¿Refrenar Papeles de Ordena/Custodia que Afectan a este Niño? Si No La escuela necesitará una copia de estos papeles, con información actualizada venidera regularmente. Especifique por favor _____

Dirección alterna: _____ (Si diferente de domicilio particular de estudiante)

6. INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ALUMNO (IMPRESIÓN)

Indique si el alumno padece alguna de las siguientes condiciones médicas:

Asma
 Alergia grave (requiere tratamiento médico)
 Diabetes
 Ataques
 Otros problemas graves de salud: _____
 Pérdida de la Audición (lleva audífonos)? Si No
 Necesita Medicamento en la Escuela? Si No (Plan: _____)

Nombre del médico: _____ Dirección del médico: _____ N° de teléfono del médico: _____

7. INFORMACIÓN PARA USO EN CASO DE EMERGENCIA
 (Se usará esta información en caso que no se localice la tarjeta de emergencia)

En caso que no pueda ser localizado, doy mi autorización al Distrito para que se comunique con la persona mencionada a continuación. Además autorizo al Distrito para que permita que mi hijo salga de la escuela con dicha persona.

Nombre: _____ Teléfono: () _____

TAMBIÉN DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE A MI HIJO SE LE PROPORCIONE TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL EN CASO DE EMERGENCIA, INCLUYENDO TRANSPORTACIÓN A LA SALA DE URGENCIAS MÁS CERCANA EN CASO QUE YO O LA PERSONA ARRIBA MENCIONADA NO PODAMOS SER LOCALIZADOS.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

¿ESTUVO EL NIÑO ANTERIORMENTE EN UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN CASA? SÍ No
 ¿HA SIDO SU HIJO ANTERIORMENTE, ALUMNO EN EL DISTRITO ESCOLAR DE HOLLISTER? SÍ No

8. ESCUELA ANTERIOR

Nombre de la escuela _____ Ciudad/Estado _____ Fecha del último día de clases en esta escuela _____

Nombre del distrito _____ Dirección/ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Teléfono () _____ Marque uno: Ha sido su hijo reprobado: Sí No ¿En qué grado? _____

9. ¿DONDE RESIDE ACTUALMENTE SU HIJO/FAMILIA? (Marque solamente una cajita) Esta información se usará para determinar si su hijo califica para cualquier tipo de ayuda adicional bajo la "Ley del 2001 Ningún Niño Debe Quedarse Atrás".

En una casa donde vive una sólo familia
 Con más de una familia en una casa o apartamento debido a problemas económicos
 Con más de una familia en una casa o apartamento no debido a problemas económicos
 En un refugio o en un programa de vivienda temporal
 En un motel, automóvil o en un campamento
 En un hogar adoptivo o colocado en una casa hogar

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

EMERGENCY CARD CSIR DATE CUM REQUESTED: _____

SCHOOL: _____ TEACHER: _____ GRADE: _____

Verifications: By _____ Immunization: By _____ Date: _____
 Date _____ Conditional Unconditional

Birth Certificate Passport
 Baptismal Transfer
 Address

Refugee Alien ID/I-94: _____ Inter-District Transfer Date: _____

Distribution: District Office, Food Service, Nurse, Data
 For Preschool Programs only: State Preschool ECE Preschool Migrant Education Date Exited: _____