

DISTRICTO UNIFICADO ESCOLAR DE SEBASTOPOL

Imprima O
Escriba a máquina

ESCUELS: **PARK SIDE PINE CREST BROOK HAVEN**

MAESTRO/A _____ SALÓN _____

FECHA DE MATRICULACION _____

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
OTROS NOMBRE(S) _____

Sexo
 Masculino
 Femenino

GRADO

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Teléfono: Casa _____

Padre Teléfono: Trabajo _____ Cell Phone _____

Madre Teléfono: Trabajo _____ Cell Phone _____

Dirección _____ Ciudad _____ C.P. _____ Dirección de correo _____ Ciudad _____ C.P. _____

GRUPO ETNICO: (Marque up grupo con el cual se identifica más el estudiante)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska(100) | <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) | <input type="checkbox"/> Filipino (400) |
| <input type="checkbox"/> Chino (201) | <input type="checkbox"/> Otro Asiático(n 299) | <input type="checkbox"/> Hispanico o Latino (500) |
| <input type="checkbox"/> Japonés (202) | <input type="checkbox"/> Hawaiian (301) | <input type="checkbox"/> Africano/Aficano Americano (600) |
| <input type="checkbox"/> Koreano (203) | <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico (399) | <input type="checkbox"/> Blanco (700) |

NIVEL EDUCATIVO DEL PADRO: (Marque la respuesta que describe el nivel de la educación del padre/madre más educado)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No se graduó de la preparatoria (1) | <input type="checkbox"/> Algo de universidad (incluyendo diploma AA) (3) | <input type="checkbox"/> Curso de postgraduado (por ejemplo programa Masters o Doctoado) (5) |
| <input type="checkbox"/> Graduado de la preparatoria (2) | <input type="checkbox"/> Graduado de una universidad academica(4) | <input type="checkbox"/> Declina decir or no se sabe (6) |

SPECIAL PROGRAMS: (Marque lo que aplique)

- | | | | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SDC | <input type="checkbox"/> Pasado | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Fonología | <input type="checkbox"/> Pasado | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Pasado | <input type="checkbox"/> Presente |
| <input type="checkbox"/> RSP | <input type="checkbox"/> Pasado | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> GATE | <input type="checkbox"/> Pasado | <input type="checkbox"/> Presente | | | |

EL ESTUDIANTE RESIDE CON: (marque)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> madre |
| <input type="checkbox"/> padrestro | <input type="checkbox"/> madrastra |
| <input type="checkbox"/> tutor (masculino) | <input type="checkbox"/> tutor (femenino) |
| <input type="checkbox"/> padre de adopción | <input type="checkbox"/> madre de adopción |
| <input type="checkbox"/> otoro | |

ESTADO CIVIL DE LOS PADRE(S)

- | |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> casados |
| <input type="checkbox"/> separados |
| <input type="checkbox"/> divoricados |
| <input type="checkbox"/> falledicos |

INFORMACION DE LA ESCUELA PREVIA

Nombre de la escuela previa		
Dirección		
Ciudad	Condado	Estado
Maestro/Consejero previo		Grado

INFORMACION SOBRE LA SALUD:

- | | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias a las abejas | <input type="checkbox"/> Alergias de comida | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Hemorragias naslaes | <input type="checkbox"/> Problemas del habla |
| Fecha de la última vez que le picó una abeja _____ | <input type="checkbox"/> alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Dolored de cabeza | <input type="checkbox"/> Ataques | <input type="checkbox"/> Visión |
| | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Oído | <input type="checkbox"/> Toma medicamento regular | |
| | <input type="checkbox"/> Severa Asma | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca | | |
| | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Condición renal | | |

Describe la reacción _____

Yo compurendo que dobo tener un FORMULARIO PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICINA en el archivo de mi hija/o

IMUNIZACIONES: (Solamente para el personal escolar)

- | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Polio _____ | <input type="checkbox"/> DTP _____ | <input type="checkbox"/> MMR _____ | <input type="checkbox"/> HEP/A _____ | <input type="checkbox"/> HEP/B _____ | <input type="checkbox"/> Varicella _____ | <input type="checkbox"/> Hib _____ | <input type="checkbox"/> PE _____ |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|

Requirements Met SI NO

DISCIPLINA: ¿Alguna xpulsion previa, o ha sido referido para expulsión? SI NO

Explique: _____

OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA:

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento

ENCUESTA DE IDIOMA EN EL HOGAR:

El Código Educativo del Estado de California requiere que las encuestas determinen los idiomas en el hogar de los alumno. Esta información es esencial para que las escuelas provean instrucción adecuada a todos los alumnos. Su cooperación en lograr esta meta es muy importante.

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Qué idioma habló su hija/o cuando primero comenzó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo/a con ud. con más frecuencia en el hogar? _____
3. ¿Qué idioma utiliza Ud. con más frecuencia para hablar con su hija/o? _____
4. ¿Cuál es el idioma que hablan los adultos en su casa con más frecuencia? _____

Primero vez en US	_____	Mes/Diá/Año
Primero vez en US escuela	_____	Mes/Diá/Año
Primero vez en CA escuela	_____	Mes/Diá/Año

Lenguaje en el que quiere su correspondencia a casa: inglés español I will need an interpreter for meetings and conferences

ORDENES JUDICIALES

FIRMA DEL PADRE O MADRE

FECHA