

INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES AL DISTRITO ESCOLAR CUYAMA

GRADO _____

Apellido del estudiante: _____

▶ ¿Alguna vez ha asistido su hijo/a a las escuelas públicas de Cuyama? 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 tutora Apellido Teléfono en casa Tel. en el trabajo

Apartado postal Apt# Ciudad Estado Zip

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

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU ESTUDIANTE? (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 cuadrillos, 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"/> Guameño (302) | <input type="checkbox"/> Blanco (700) (Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Europa, Norte de África o el Medio Oriente) |
| | <input type="checkbox"/> Mexicano | |

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

- No se graduó de (secundaria y preparatoria) (14)
- Se graduó de (sec. y preparatoria) (13)
- Algo de *colegio* (incluye AA degree) (12)
- Se graduó del *colegio* (Universidad) (11)
- Con licenciatura o con postgrado (10)
- Disminución de Estado (15)

Fecha hijo en que asistió por vez primera a la escuela en <u>EE.UU.</u>		
Mes	Día	Año
Fecha hijo en que asistió por vez primera a la escuela en <u>California</u>		
Mes	Día	Año

Primer nombre: _____

ID Permanente: _____

Hijo/Hija

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

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)
 Sin residencia (carro o campamento) (12)
 Con más de una familia en una casa o apartamento (11)
 Otra (15) especifique _____
 En un refugio o programa de vivienda en transición (10)

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

¿Es la persona/s (comprobado) anterior un miembro de las Fuerzas Armadas (Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o Guardacostas) en servicio activo o en la Guardia Nacional de tiempo completo? Sí No

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 esposa/a, por favor, incluya el nombre, dirección y número de teléfono del otro padre:

Nombre completo: _____ **Tel. #: (____)** _____

Dirección postal: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Zip Code:** _____

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

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

¿Su hijo o hija ha sido suspendido/a? 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) Habla y lenguaje 504

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:** _____

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE

Proof of Birth: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Residence: Type: _____	Proof of Immunization: Type: _____ Verified by: _____	Entry Reason:	Enroll Date:	Assigned Grade:	Permanent ID:	Blank <input type="checkbox"/> ET <input type="checkbox"/> RC
--	------------------------------------	---	---------------	--------------	-----------------	---------------	---

Primer nombre:

ID permanente:

ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Name of Student _____

(Surname/Family Name)

(First Given Name)

(Second Given Name)

Age of Student _____

Grade Level _____

Note: School district personnel should complete all of the information items above this line.

Instrucciones para padres y tutores:

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

1. *¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?* _____
2. *¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia?* _____
3. *¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo?* _____
4. *¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?* _____

Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado a continuación y devuelva el formulario al maestro de su hijo. Muchas gracias por su cooperación.

(Firma del padre/madre o tutor)

(Fecha)

SOBRE ANTECEDENTES DE SALUD

FECHA _____

Por favor de escribir en letra de molde

1. Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Niño ___ Niña ___
2. Nombre del dentista _____ El telefono del dentista _____
Fecha del ultimo examen fisico _____ Resultado _____
3. Nombre del Doctor _____ El telefono del doctor _____
Fecha del ultimo examen fisico _____ Resultado _____
Fecha del ultimo examen de lavista _____ Resultado _____
Fecha del ultimo examen del los oidos _____ Resultado _____
4. Problemas medicos reciente _____
5. Antecedentes medicos (Circule las que apliquen)

Alergias Asthma Epilepsia / ataques Diabetis Enfermedades del corazon Flebre reumatica Sirugias / operacion	Viruela Sarampion aleman Sarampion Fiebre escarlatina Tos ferina Retrasos del habla Hospitalizaciones
---	---
6. Su nino/a esta tomando alguna medicina? Si _____ acaso si cual y proque? _____
7. Su nino/a esta alergico alguna medicina? Si _____ acaso, si cual? _____
Alguna otra alergia? Si _____ Que tipo de alergia y cual es la reacion? _____
8. Informacion adicional de importancia para nosotros sobre su nino, tal como parto premature, parto dificil, desarrollo lento, etc. _____
9. Algunas otras preocupaciones? _____
10. Envuelto con alguna agencia: _____