



2020-2021 Kindergarten Formulario de inscripción

Tel: 651.351.8412 • Fax: 651.351.8370

Devuelva los formularios a: Central Services • Attn: Enrollment Office • 1875 S. Greeley St. • Stillwater, MN 55082

District Use	
Trans Code _____	<input type="checkbox"/> E.O.
Student # _____	<input type="checkbox"/> Food
	<input type="checkbox"/> Trans

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Información del estudiante:

Nombre (legal)	Segundo nombre (legal)	Apellido (legal)	Fecha de nacimiento	Sexo	Grado
					K

Elija una de las siguientes opciones:

- Mi estudiante asistirá a la escuela primaria en nuestra área de asistencia la cual es:
- Afton-Lakeland Andersen Brookview Lake Elmo
 Lily Lake Rutherford Stonebridge
- Preferiría que mi estudiante asistiera a una escuela pública diferente dentro de los límites del distrito de las escuelas públicas del área de Stillwater. La Solicitud para asistir a la Escuela Alternativa debe ser enviada con este formulario de inscripción. Pase por su escuela primaria local o por la Oficina Central de Servicios para obtener una Solicitud de Asistencia para la Escuela Alternativa.
- La fecha límite para devolver las solicitudes es el **15 de enero de 2020**. Opción de Escuela Alternativa _____
- Mi estudiante no asistirá al kindergarten hasta el otoño de 2021.
- Mi estudiante será educado en casa.
- Mi estudiante ha solicitado para asistir a una escuela pública que no es parte del Distrito 834.

Ellos asistirán _____ como (marque una) Inscripción Abierta Escuela Autónoma

Nombre de la escuela o # del Distrito

- Mi estudiante asistirá a una escuela no pública.
- Escriba el nombre de la escuela y la ciudad _____
- (Nos es requerido mantener un registro de los estudiantes del Distrito 834 matriculados en escuelas privadas.)

- ¿El padre o tutor arriba mencionado tiene custodia legal del estudiante? Sí No
 - ¿Ha completado el estudiante la Evaluación de la Primera Infancia? Sí No En caso afirmativo, nombre del distrito _____
 - ¿Es el estudiante miembro de una familia militar (Padre o tutor está actualmente un Reservista, Miembro de la Guardia Nacional, de Servicio Activo o se ha retirado recientemente de las fuerzas armadas)? Sí No
 - En caso afirmativo, ¿está el miembro militar activamente desplegado o espera que se despliegue activamente este año escolar? Sí No
 - ¿El estudiante recibe servicios de educación especial (tiene un IEP)? Sí No
 - En caso afirmativo, ¿cuál es la discapacidad de su estudiante? (Marque todo lo que corresponda)
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastornos del Espectro Autista | <input type="checkbox"/> Impedimentos del habla/lenguaje | <input type="checkbox"/> Físicamente impedido |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva del desarrollo | <input type="checkbox"/> Múltiplemente impedido gravemente | <input type="checkbox"/> Discapacidades específicas de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Trastornos emocionales y del comportamiento | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática |
| <input type="checkbox"/> Sordo-dificultades auditivas | <input type="checkbox"/> Impedimento visual | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud |
- ¿Requiere el estudiante transportación especial por un IEP? Sí No
- ¿Cuál es el país de nacimiento de sus estudiantes? _____
 - De no ser en los Estados Unidos, ¿cuándo entró su estudiante por primera vez a los Estados Unidos? (mm/dd/aaaa) _____
 - ¿Se ha trasladado usted a este distrito por trabajos temporales de agricultura o pesca en los últimos 36 meses? Sí No
 - ¿Qué idioma aprendió primero su hijo? Inglés Otro (¿Qué idioma?) _____
 - ¿Qué idioma se habla con más frecuencia en su hogar? Inglés Otro (¿Qué idioma?) _____
 - ¿En qué idioma habla usualmente su hijo? Inglés Otro (¿Qué idioma?) _____
 - ¿Necesitará un intérprete para las conferencias? Sí No
 - En caso afirmativo, ¿puede proporcionar su propio intérprete? (Miembro de la familia o amigo de habla inglesa) Sí No
 - En caso afirmativo, ¿necesita que la escuela le proporcione uno? Sí No
 - ¿Utilizará el estudiante el transporte del distrito? (Recoger a.m.) Sí No (Entregar p.m.) Sí No
 - En caso afirmativo, ¿lugar de recogida? Casa Otro (Dirección) _____
 - En caso afirmativo, ¿lugar de entrega? Casa Otro (Dirección) _____

Etnia/raza
Es su estudiante Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Por favor, identifique la raza de su estudiante marcando "Sí" o "No" en cualquiera de las categorías que corresponden. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asiático <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Blanco

Enumere los niños adicionales que están en preescolar que residen en el hogar		
Nombre, Segundo nombre, Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo

Padre/Tutor que reside con el estudiante

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el estudiante
Teléfono de casa	Teléfono móvil	Teléfono del trabajo	Dirección de correo electrónico
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el estudiante
Teléfono de casa	Teléfono móvil	Teléfono del trabajo	Dirección de correo electrónico

El estudiante vive con: Ambos padres Madre Custodia física compartida Madre y padrastro
 (marque todo lo Tutor Padre Custodia legal compartida Padre y madrastra
 que corresponda) Abuelo Otro pariente Padre de crianza Solo
 Cónyuge Otro

Dirección en el Distrito 834 (Estudiante)

Número de casa	Nombre de la calle	Apto. #	Ciudad	Estado	Código postal
<i>Do you use a PO Box?</i>	<i>PO Box #</i>	<i>City</i>	<i>State</i>	<i>Zip</i>	

Dirección actual (si no es en el Distrito 834)

Número de casa	Nombre de la calle	Apto. #	Ciudad	Estado	Código postal
<i>Fecha en que se espera que se traslade al Distrito:</i>					

Segundo envío (Padre/Madre): Anote a los otros padres/tutores para recibir correos e información adicional

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el estudiante
Teléfono de casa	Teléfono móvil	Teléfono del trabajo	Dirección de correo electrónico

Número de casa	Nombre de la calle	Apto. #	Ciudad	Estado	Código postal