

Formulario de Matrícula del Distrito Escolar de Oak Grove

____ - ____ Año Escolar

Fecha de hoy / /	Student # <small>(office use only)</small>
Home School <small>(office use only)</small>	Teacher <small>(office use only)</small>



Indique el nombre legal del estudiante, de acuerdo con los requisitos estatales

Grado	Apellido legal	Nombre legal	Segundo nombre legal	__ Varón __ Mujer	
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) / /	Estado/Prov. de nacimiento	País de nacimiento	Fecha comienzo 1ª escuela de CA (Mes/Año) /	Fecha comienzo 1ª escuela de EEUU(Mes/Año) /	
Grupo étnico: ¿El estudiante es hispano/latino? __Sí __No	Raza: Si el estudiante es hispano/latino, esta sección no es necesaria. Si el estudiante NO es hispano/latino, marque lo pertinente: __Amerindio - 100 __Vietnamita - 204 __Hmong - 208 __Hawaiano - 301 __Otro Islas del Pacífico - 399 __Chino - 201 __Indo asiático - 205 __Otro asiático - 299 __Guam - 302 __Blanco - 700 __Japonés - 202 __Laos - 206 __Filipino - 400 __Samoano - 303 __Coreano - 203 __Camboyano - 207 __Negro/Afroamericano - 600 __Tahitiano - 304				
Apellido padre/madre/tutor legal 1	Nombre padre/madre/tutor legal 1	Relación/Marque casilla si vive con el estudiante <input type="checkbox"/>	Celular padre/madre/tutor legal (____)____-____		
Dirección correo electrónico padre/madre/tutor legal 1		Empleador del padre/madre/tutor legal 1	Teléf. trabajo del padre/madre/tutor legal 1 (____)____-____ ext.____		
Teléfono de casa (____)____-____	Domicilio (Número, Calle, N° apartamento)		Ciudad	Estado Código postal	
Apellido padre/madre/tutor legal 2	Nombre padre/madre/tutor legal 2	Relación/Marque casilla si el niño/a vive con Tutor legal	Celular padre/madre/tutor legal (____)____-____		
Dirección correo electrónico padre/madre/tutor legal 2		Empleador del padre/madre/tutor legal 2	Teléf. trabajo del padre/madre/tutor legal 2 (____)____-____ ext.____		
Teléf. casa padre/madre/tutor 2 (____)____-____	Domicilio secundario (Número, Calle, N° apartamento)		Ciudad	Estado Código postal	
¿Existe una orden de alejamiento aplicable a este estudiante? __Sí Porfavorexplicue:_____		¿Padres/tutor están en activo en el Ejército de los EEUU o la Guardia Nacional a tiempo completo? Cuerpo:_____ Fecha comienzo (Mes/Año): /			
Marque el nivel de educación del padre/madre con más estudios: __Post-Universitario __Licenciado universitario BA/BS __Algunas clases o Diploma Asociado __Diploma de la Preparatoria __Sin Diploma de la Preparatoria __Elige no responder					
Idioma de casa/familia (Según la ley de California, todos los estudiantes que hablen otro idioma en casa distinto al inglés serán evaluados del nivel de inglés oral en los primeros 30 días del curso escolar)			¿En qué idioma desea que nos comuniquemos con usted?		
¿En qué idioma empezó a hablar el estudiante? (idioma primario) _____			__Inglés		
¿En qué idioma habla el estudiante en casa? (idioma de casa) _____			__Español		
¿En qué idioma habla usted con más frecuencia con su estudiante? (idioma hablado al estudiante) _____			__Vietnamita		
¿En qué idioma hablan los adultos más a menudo en casa? (idioma que hablan los adultos) _____					
Nombre del hermano/a 1	Edad	Escuela actual	Nombre del hermano/a 3	Edad	Escuela actual
Sibling 2 Name	Edad	Escuela actual	Nombre del hermano/a 4	Edad	Escuela actual
Nombre de la escuela anterior	Distrito anterior		Ultimo día de asistencia (Mes/Año) /	Ciudad	Estado
Indique los programas académicos en los que ha participado el estudiante: __Educación Especial Adaptativa PE __Educación Especial SDC __Superdotados y Talentosos __Migrante __Plan 504 __Educación Especial RSP __Habla/Educación Especial __Desarrollo del Inglés (ELD/ELL) __Retenido __Otro:_____					
Indicar los problemas médicos de su estudiante: __Diabetes __Impedimento visual/Lleva lentes __Condición cardíaca __Alergia severa: piquete de abeja __Otro _____ __Epilepsia __Sordera/Lleva audífono __Cáncer/Leucemia __Alergia severa: Comida (Lista: _____) __ADD/ADHD __Asma __Necesita Epi-Pen __Alergia severa: Medicamentos (Lista: _____)					
Firma Padre/Madre/Tutor Legal: _____				Fecha: _____	
<small>(office use only)</small>					
Birth Certificate Passport	Utility Bill Rental Agreement	Escrow Doc Other/ Homeless	Immunizations Complete?	CHDP Date / /	Dental Exam Date / /
			Intradistrict/Choice	Date: _____	
			Interdistrict	To: _____	