



Distrito Escolar del Área de D.C. Everest

MATRÍCULA INDIVIDUAL DEL ESTUDIANTE

PARA LA OFICINA
INITIAL/DATE

Birth Certif. _
Legal Name_ _
Birth Date_ _
Birth Place_ _

Identificación del estudiante#: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA PARA INSCRIBIR AL ESTUDIANTE

Por favor Escribe la información

Fecha de Hoy: ____/____/____ Fecha de Inicio del Estudiante: ____/____/____

2do Nombre Legal: _____

Apellido Legal: _____ 1er

Nombre Legal: _____

Sobrenombre del estudiante (o Nombre Americano): _____ El estudiante es gemelo/trillizo (Nacimiento múltiple)

Género: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Grado: _____

Raza / etnia: **Favor de responder las dos preguntas y los orígenes étnicos y/o ascendencia si corresponde.**

1. Es el estudiante hispano o latino? (Elija solo uno). Sí No

2. Es este alumno: (Elija **uno o más**. Debe seleccionar al menos uno).

Blanco Nativo Hawaiano u otro isleño del Pacífico Asiático Negro o Afroamericano Indio Americano o Nativo de Alaska

Ascendencia/Orígenes étnicos:

Si su respuesta es Sí, para la pregunta Hispano/Latino, elija todos los que sean aplicables:

Colombiano Ecuatoriano Guatemalteco Mexicano Puertorriqueño Salvadoreño Español/Hispanoamericano Otro Desconocido

Si es Asiático, elija todos los que sean aplicables:

Birmano Chino Filipino Hmong Indio Karen Coreano Vietnamita Otro Desconocido

Si es Negro o Afroamericano, elija todo lo que corresponda:

Afroamericano Etiópe-Oromo Etiópe-Otro Liberiano Nigeriano Somalí Otro Desconocido

Si es Indio Americano o Nativo de Alaska, elija una Afiliación Tribal:

Bad River Band Forest County Ho-Chunk Lac Courte Oreilles Lac du Flambeau Menominee Oneida Nation (Wisconsin) Red Cliff Sokaogon St. Croix Stockbridge Brothertown Otro

País de Nacimiento del Estudiante: _____ Cd. de Nac. Estudiante: _____ Edo. De Nac. de Estudiante: _____

Idioma en el hogar (el idioma que el estudiante usa con mayor frecuencia en el hogar): _____

Idioma Nativo (el idioma que el estudiante aprendió a hablar primero): _____

El estudiante inicio la escuela en USA el ____/____/____ Nombre(s) de estudiante(s) de DCE en su hogar: _____

¿PADRE(S) EN EL EJÉRCITO?

¿Alguno de los padres o tutores está en servicio activo en el ejército? Sí No

¿Es cualquiera de los padres o tutores un miembro tradicional de la Guardia o Reserva? Sí No

¿Es cualquiera de los padres o tutores miembros de la Guardia/Reserva Activa (AGR) bajo el Título 10 o de tiempo completo en la Guardia Nacional bajo el Título 32? Sí No

EXPERIENCIA EDUCATIVA PREVIA Por favor Escribe la información

Ultima esc. a la que asistió? Nombre: _____ Dirección: _____

Fecha en que dejo de asistir: _____ Tel. #: _____ Fax#: _____

¿Este estudiante ha sido inscrito previamente en el Distrito Escolar de D.C. Everest? Sí No Cuándo/Año _____

PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS

Por favor, marque los programas especiales en los que el estudiante haya participado:

Educación Especial/IEP 504/En riesgo ESL/ELL/EL Dotado/Talentoso

¿Su estudiante tiene asignado actualmente un trabajador social? Sí No

Si contesto SÍ, escribir nombre de trabajador social: _____ y Tel. (____) _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DE INSCRIPCIÓN**Por favor Escribe la información**

¿Este estudiante ha sido expulsado de alguna escuela? Sí No

¿Hay algún procedimiento disciplinario pendiente que pueda dar lugar a la expulsión? Sí No

¿Es este, un estudiante sin hogar? Sí No

INFORMACIÓN DE CUSTODIA: Compartida Madre Padre Otro _____

CUSTODIA ORDEN-DE-CORTE: Sí No (Si contesto Sí, la orden judicial debe ser archivada en oficina de la esc. para ser implementada.)

ENCUESTA DE IDIOMA EN EL HOGAR

Por favor Escribe la información

La información en este formulario nos ayuda a identificar a los estudiantes que pueden necesitar ayuda para desarrollar las habilidades del idioma Inglés necesarias para el éxito en la escuela. Las pruebas de idioma pueden ser necesarias para determinar si su hijo necesita apoyos lingüísticos. Las respuestas no se utilizarán para determinar el estatus legal o para fines de inmigración. Si su hijo es identificado como elegible para los servicios del idioma Inglés, usted puede rechazar algunos o todos los servicios ofrecidos a su hijo.

Sección 1:

1. ¿El primer idioma utilizado por este estudiante fue inglés? Sí (ir a la Pregunta 2) No (ir a la Pregunta 3)
2. Cuando está en casa, ¿este estudiante escucha o usa un idioma que no sea el Inglés más de la mitad del tiempo?
 Sí (vaya a la Pregunta 4) No (El estudiante no es elegible para la evaluación ELP, HLS está completo, ir a Sección 2)
3. Cuando está en casa, ¿este estudiante escucha o usa un idioma que no sea el Inglés más de la mitad del tiempo?
 Sí (Administrar evaluación ELP. Registre otro idioma(s). HLS está completo. Vaya a la Sección 2.)
 No (Ir a la Pregunta 4)
4. Al interactuar con sus padres o tutores, ¿este estudiante escucha o usa un idioma que no sea el Inglés más de la mitad del tiempo?
 Sí (Administrar evaluación ELP. Registre otro idioma(s). HLS está completo. Vaya a la Sección 2.) No (Ir a la Pregunta 5)
5. Al interactuar con cuidadores que no sean sus padres o tutores, ¿este estudiante escucha o usa un idioma que no sea el Inglés más de la mitad del tiempo?
 Sí (Administrar evaluación ELP. Registre otro idioma(s). HLS está completo. Vaya a la Sección 2.) No (Ir a la Pregunta 6)
6. Al interactuar con sus hermanos u otros niños en su hogar, ¿este estudiante escucha o usa un idioma que no sea el Inglés más de la mitad del tiempo?
 Sí (Administrar evaluación ELP. Registre otro idioma(s). HLS está completo. Vaya a la Sección 2.) No (Ir a la Pregunta 6)
7. ¿Es este estudiante un Nativo Americano, Nativo de Alaska o Nativo de Hawai? Sí (ir a la Pregunta 8) No (Ir a la Pregunta 9)
8. ¿El idioma de este estudiante está influenciado por un idioma Tribal a través de un padre, abuelo, pariente o tutor?
 Sí (Administrar evaluación ELP. Registre otro idioma(s). HLS está completo. Vaya a la Sección 2.) No (Ir a la Pregunta 9)
9. ¿Este estudiante se ha mudado recientemente de otro distrito escolar donde fue identificado como un estudiante de Inglés (EL)?
 Sí (Volver a evaluar al estudiante si es que cumple con los criterios para volver a evaluarlo. Consulte el Manual de Políticas de EL. De lo contrario, el ELP del estudiante debe transferirse del distrito de origen.
 No (El estudiante no es elegible para la evaluación ELP. HLS está completo. Vaya a la Sección 2.)

Sección 2:

Resultado HLS: Evaluar / No Evaluar (elige uno y encierra en un círculo)

Idiomas distintos al Inglés utilizados por el estudiante, si se identifican: _____

Preferencia de los padres para el idioma(s) utilizado(s) para las comunicaciones escolares (puede ser múltiple):

Nombre del padre: _____

Verbal: _____

Escrito: _____

Nombre del padre: _____

Verbal: _____

Escrito: _____

Si el estudiante vive con alguien que no sean sus padres, responda las preguntas en el cuadro a continuación.

El estudiante vive con:

Relación: Hermana Tía Abuela Vecina Otro (especificar) _____
 Hermano Tío Abuelo Amigo Proveedor de Cuidado Infantil Padre Foster

Apellido: _____ 1er Nombre: _____ Inicial 2do Nombre: _____ Genero H M

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P. _____

Teléfono Residencial: (_____) _____ No se incluye Tel. Celular: (_____) _____

Teléfono del Trabajo: (_____) _____ Ext: _____ Email: _____

Razón por la que el estudiante está viviendo lejos de los padres: _____ Período estimado de tiempo que el estudiante residirá con persona(s) que no son los padres: _____ Ubicación en la que reside el estudiante durante el verano: _____

(Si se trata de una colocación ordenada por la corte, por favor adjunte una copia de la orden de la corte a este formulario)

INFORMACIÓN MÉDICA

LETRA DE IMPRENTA

¿Su estudiante tiene alguna condición médica? Yes No

Si la respuesta es sí, por favor escriba la condición o condiciones médicas incluyendo los síntomas y tratamiento

Mi estudiante requerirá medicamento(s) en la escuela? Yes No

Si la respuesta es si liste los medicamento(s): _____

Los padres **deben** completar el formulario [School Medication Consent](#) para estudiantes que necesitan tomar medicamentos mientras están en la escuela.

El formulario esta disponible en www.dce.k12.wi.us/Page/3462

Los padres deberian contactar a la escuela de su niño y hablar con la asistente de enfermería para discutir la condición de salud y/o medicamentos de su niño. Los padres de los estudiantes del programa deben contactar a Emily Beck, la enfermera de la escuela del programa de 4K al ebeck@dce.k12.wi.us o 715.359.4221 ext. 4223.

Firma

Firma Requerida

Yo, verifico que la información arriba es correcta y actualizada. Informaré a la escuela de cualquier cambio en la información proporcionada.

Firma Padre/Guardian: _____ **Firmado el:** ____/____/____

The D.C. Everest School Board does not discriminate on the basis of race, color, religion, national origin, ancestry, creed, pregnancy, marital status, parental status, sexual orientation, sex, (including transgender status, change of sex or gender identity), or physical, mental, emotional, or learning disability ("Protected Classes") in any of its student programs and activities. The following staff are designated to receive inquiries regarding the non-discrimination policies: Sarah Trimner, Director of Talent and Culture, 1699 Schofield Ave, Suite 300, Schofield, WI 54476, (715) 359-4221, ext. 1225, strimner@dce.k12.wi.us or Matthew Spets, Assistant Superintendent, 1699 Schofield Ave, Suite 300, Schofield, WI 54476, (715) 359-4221, ext. 1243, mspets@dce.k12.wi.us