

Date enrolled ____/____/____
 Teacher: _____
 Room: _____ Inter/ Intra _____
 Cum request _____
 Received by: _____
 MP RS AB IJ VV

Distrito Escolar de Mt.Pleasant
Formulario de inscripción
Necesita llenar áreas indicadas
(Será llenado por los padres/tutor legal)

Office Use Only:

Student I.D. No. _____
 SSID No. _____

Grado

Nombre LEGAL del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino
 (del acta de nacimiento) Apellido Primer nombre Segundo nombre Mes/día/año Femenino

Nombre de la madre/tutor legal Apellido Teléfono de la casa Celular/teléfono del trabajo
 Correo electrónico: _____

Nombre del padre/tutor legal Apellido Teléfono de la casa Celular/teléfono del trabajo
 Correo electrónico: _____

Dirección postal Ciudad Estado Código postal

Domicilio (SI DIFERENTE) Ciudad Estado Código postal

Ultima escuela de asistencia: _____ Ultimo día de asistencia _____
 Nombre de la escuela Ciudad/Estado # de teléfono

Lugar de nacimiento del niño: _____ Si no nació en EE.UU. que mes/año entro a EE.UU. ____/____
 Ciudad/Estado /Condado Mes/año

En que mes y año inscribí a su hijo por primera vez en una escuela en los EE.UU. ____/____ En una escuela en California ____/____
 Mes/año Mes/año

NECESITA CONTESTAR LAS SIGUIENTE DOS PREGUNTAS

ETNICIDAD: Marque la etnicidad con cual identifica más el niño: Favor marque uno:

Hispano/Latino (una persona de cultura o origen Español, Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, de Centro o Sur América, sin importar raza)
 No Hispano o Latino

Cual es la raza de su hijo (Escoja hasta cinco categorías de raza) La pregunta arriba solamente es sobre etnicidad, no raza. No le hace que marco arriba, conteste lo siguiente marcando uno o más cuadros para indicar cual raza usted se considera.

<input type="checkbox"/> Indio Americano o de Alaska (100) (personas con origen en los originales habitantes de Norte y Sur América (incluyendo América Central)	<input type="checkbox"/> Coreano (203) <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) <input type="checkbox"/> Indioasiático (205) <input type="checkbox"/> Laoisiano (206) <input type="checkbox"/> Camboyano (207) <input type="checkbox"/> Miao (208) <input type="checkbox"/> Otro Asiático (299)	<input type="checkbox"/> Hawaiano (301) <input type="checkbox"/> Guamano (302) <input type="checkbox"/> Samoano (303) <input type="checkbox"/> Taitiano (304) <input type="checkbox"/> De Islas Pacificas (399)	<input type="checkbox"/> Afroamericano (600) <input type="checkbox"/> Blanco (700) (personas con origen en los originales habitantes de Europa, Africa del Norte, o el Oriente Medio)
---	--	---	---

III -Con20a(LEP)

ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR

1. Cuando su hijo empezó a hablar ¿Cuál idioma aprendió primero? _____
3. ¿Cual idioma usa usted con más frecuencia cuando habla con su hijo? _____
2. ¿Cuál idioma usa con frecuencia su hijo cuando conversa en la casa? _____
4. Nombre el idioma(s) que hablan los adultos con más frecuencia en la casa: _____

NIVEL DE EDUCACION DE LOS PADRES: Marque la respuesta que mejor describe el nivel más alto de educación de los padres/tutor legal:

No graduado de la secundaria/prep. Algunos años en la universidad Preparatoria o educación secundaria
 (incluye grado universitario)
 Graduado de la secundaria/prep. Graduado de la universidad

Marque el cuadro del servicio especial que ha recibido su hijo (Favor marque todos los que aplican)

Educación especial: Enseñanza especializada (RSP) Educación especial (SDC) Habla/lenguaje Plan 504
Otra: Dotados (GATE) Ayuda en matemáticas Ayuda en lectura Consejero Desarrollo del idioma ingles
 Plan de salud/medico Bilingüe/programa de doble inmersión

¿Su hijo a sido expulsado o esta en proceso de ser expulsado de la escuela? Sí No

Si: Nombre de la escuela: _____ Sitio: _____ Fecha: _____

DOMICILIO – donde vive su hijo/familia a corriente (autorizado por la federación de NCLB: Favor de marcar el cuadro adecuado)

- Residencia unifamiliar permanente (casa, departamento, condo, casa móvil) En un motel/hotel
 Doble residencia (compartiendo residencia con otra familia/individuales Sin refugio (auto/campamento)
 debido a problemas económicos, perdida u otras razones) Otra _____
 un programa de refugio/provisional

OTROS HIJOS EN LA FAMILIA: (viviendo en la casa)

Primer nombre y apellido	Relación	Viven en casa	Escuela	Grado (Si graduado, no aplica)
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____

CONTACTOS DE EMERGENCIA:

Nombre	Teléfono	Relación	Nombre	Teléfono	Relación
--------	----------	----------	--------	----------	----------

PROBLEMAS DE SALUD (Marque todos los que aplican)

Diagnosticado SDA o TDAH..... <input type="checkbox"/>	Epilepsia..... <input type="checkbox"/>
Asma..... <input type="checkbox"/>	Hemorragia nasal frecuente... <input type="checkbox"/>
Problemas de vejiga..... <input type="checkbox"/>	Escoliosis..... <input type="checkbox"/>
Enfermedad hemorrágica..... <input type="checkbox"/>	Trastornos convulsivos..... <input type="checkbox"/>
Deficiencia daltónico..... <input type="checkbox"/>	
Diabetes..... <input type="checkbox"/>	
Eczema/problemas de piel..... <input type="checkbox"/>	
Problemas de oído..... <input type="checkbox"/>	Describe _____
Problemas de corazón..... <input type="checkbox"/>	Describe _____
Lesión de cabeza..... <input type="checkbox"/>	Describe _____
Fracturas..... <input type="checkbox"/>	Describe _____
Hospitalización..... <input type="checkbox"/>	Describe _____
Cirugías..... <input type="checkbox"/>	Describe _____
Perdida de audición parcial..... <input type="checkbox"/>	Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/>
Perdida de vista..... <input type="checkbox"/>	Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/>
Limitación física..... <input type="checkbox"/>	Describe _____
Usa lente de contacto..... <input type="checkbox"/>	
Usa lentes..... <input type="checkbox"/>	Para uso próximo <input type="checkbox"/> Solamente para uso lejos <input type="checkbox"/> A todos tiempos <input type="checkbox"/>

Otra información o más detalles de lo anterior _____

ALERGIAS (Marca todos los que aplican) Ninguno:

Animales <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>	Enumerar y especificar alergia(s) de su hijo : _____
Insectos <input type="checkbox"/>	Comida <input type="checkbox"/>	Describe reacción alérgica y/o tratamiento: _____
Avispas <input type="checkbox"/>	Plantas <input type="checkbox"/>	Explicar: _____
	Otra <input type="checkbox"/>	

MEDICAMENTO(S) EN USO No Sí Epi-Pen Si necesita medicamento en la escuela los padres necesitan recoger y llenar un permiso para administrar medicamento de la oficina escolar. Favor de enumerar abajo:

Nombre de medicamento(s)	Dosis	Horario	Uso
--------------------------	-------	---------	-----

PERMISO

Yo doy permiso para que mi hijo sea observado, fotografiado y/o filmado para formación del distrito, publicaciones o medios de comunicación. Sí No

Yo doy mi permiso para publicar el trabajo de mi hijo. Sí No

AUTORIZACION DE EMERGENCIA MEDICA

Yo soy el padre familiar/tutor legal del estudiante antedicho. En caso que no se pueden comunicar conmigo durante una emergencia, yo autorizo al representante escolar, según la provisión del código familiar sección 6910, de actuar como agente dando permiso para cualquier cuidado medico, quirúrgico o dental al estudiante nombrado antedicho.

Yo he revisado las dos paginas de este documento y a lo mejor de mi conocimiento, la información contenida aquí es verdadera y completa. Yo el abajo firmante declara bajo castigo o perjurio que soy el padre de familia o tutor legal del estudiante nombrado y concedo las autorizaciones antedichas.

Fecha: _____ Firma del padre de familia/tutor legal: _____

MPESD
Revised: 7/21/09