



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SIMI VALLEY FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

(NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS GRISES)

Student ID
School

Sp. Ed. Code

Entry Date

Información del estudiante (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)

Apellido legal _____ Suffix _____ (Jr., Sr., etc.)

Primer nombre legal _____ Segundo nombre legal _____

Hombre Mujer No Binario Grado: _____ Edad: _____ F.D.N. _____ / _____ / _____

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

Domicilio principal (dirección)

Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección para enviar correo: (SI ES DIFERENTE A LA DE ARRIBA)

Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono celular del estudiante (_____) _____ - _____
(si aplica)

Padre de familia/tutor legal _____ Teléfono principal (_____) _____ - _____

¿Es el estudiante Hispano/Latino?

- Sí
 No

La parte de arriba es acerca de etnia, no de raza. No importa lo que usted haya seleccionado aquí arriba, por favor marque una o más de las cajas en la sección a la derecha para indicar la raza que usted considera ser la de su hijo/a.

¿Cuál es la raza de su hijo? (Por favor marque todos los que apliquen)

- Alaska / Indio Americano
 Negro / norteamericano de origen africano
 Caucásico / Blanco

Asiático

- Chino
 Japonés
 Coreano
 Vietnamés
 Indio Asiático
 Laosiano
 Camboyano
 Otro - Asiático
 Filipino
 Hmong

Islas Pacíficas

- Hawaiano
 Guamaniano
 Samoano
 Tahitiano
 Otro – Islas Pacíficas

Idioma para comunicarse Inglés o Español
(CorrLng)

¿Ha asistido su hijo a una de las escuelas de SVUSD? No Sí Fecha: _____ / _____ / _____

ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ SU HIJO:

Nombre de la escuela: _____ Tel.: (_____) _____ - _____

Dirección de la escuela: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

District Enter Date: _____ / _____ / _____

School Enter Date: _____ / _____ / _____

Encuesta del idioma en el hogar: El código de educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma(s) que cada estudiante habla en el hogar. Esta información es importante para que las escuelas puedan proporcionar la instrucción adecuada para todos los estudiantes. Solicitamos su cooperación en ayudarnos a cumplir con este requisito importante. Por favor conteste las siguientes preguntas (**escriba solamente un idioma por línea**):

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando comenzó a hablar? _____
(First)
2. ¿Qué idioma usa usted **más frecuentemente** cuando le habla a su hijo? _____
(Primary)
3. ¿Qué idioma usa su hijo **más frecuentemente** en el hogar? _____
(at Home)
4. ¿Qué idioma **hablan más los adultos** en el hogar? _____
(Primary)

Fecha en que el estudiante asistió por primera vez a una escuela pública en los Estados Unidos ___ / ___ / ___

Fecha en que el estudiante asistió por primera vez a una escuela pública en California ___ / ___ / ___

Vivienda (Domicilio) - ¿Dónde vive su hijo/familia en este momento?

Por favor marque la caja apropiada:

- En un lugar con domicilio permanente (casa, apartamento, condominio, casa rodante (móvil))
- Compartido (compartiendo casa con otra familia/individuo debido a penuria económica o pérdida)
- En un refugio o programa transicional de casa
- En un motel/hotel
- No en un refugio (carro/campamento)
- Otro (por favor especifique): _____

PROGRAMAS ESPECIALES:

Educación especial

¿Ha calificado su hijo para un Programa de Educación Especial? No Sí Si la respuesta es sí, por favor proporcione una copia del IEP
(Recurso (RSP) Clase especial de día (SDC) Habla/lenguaje)

PLAN 504

Tiene su hijo un Plan 504? No Sí Si la respuesta es sí, por favor proporcione una copia del plan 504

G.A.T.E.

¿Ha calificado su hijo para el programa G.A.T.E.? No Sí

HERMANOS: _____ F.D.N. Nombre de la escuela a la que asiste:

_____ / ____ / ____
Apellido Primer nombre Segundo nombre mes/día/año

_____ / ____ / ____
Apellido Primer nombre Segundo nombre mes/día/año

_____ / ____ / ____
Apellido Primer nombre Segundo nombre mes/día/año

_____ / ____ / ____
Apellido Primer nombre Segundo nombre mes/día/año

_____ / ____ / ____
Apellido Primer nombre Segundo nombre mes/día/año

_____ / ____ / ____
Apellido Primer nombre Segundo nombre mes/día/año

Custodia del estudiante: Padre/tutor legal Familia "Foster" Institución legal para niños.
 Intercambio extranjero Otro: _____

Si existe un acuerdo de custodia, es la responsabilidad de los padres/tutores legales la de proporcionar a la escuela con una copia del acuerdo. En la ausencia de un acuerdo legal, los padres/tutores legales listados tendrán presuntamente derechos de custodia totales y ecuanímenes.

Para los estudiantes en cuidado de acogida (Fóster) o LCI: El padre de acogida o encargado del caso del estudiante debe proporcionar una copia de los hallazgos del juez y la orden del juez.

PADRES DE FAMILIA/TUTORES LEGALES:

Padre de familia/tutor legal # 1:

Madre Padre Otro: _____

¿Vive el estudiante con esta persona? Sí No Idioma para comunicarse _____

Educación del padre de familia/tutor legal: Maestría o más alto Graduado de la universidad (CorrLng)

Graduado de la secundaria No se graduó de la secundaria Pocos estudios en la universidad o bachillerato

Nombre: Apellido Primer nombre	Teléfono principal: () --
Domicilio si es diferente del domicilio principal:	Teléfono del trabajo: Ext. () --
Calle Ciudad Estado Código postal	Tel. celular: () --
Dirección electrónica: _____	

Padre de familia/tutor legal # 2:

Madre Padre Otro: _____

¿Vive el estudiante con esta persona? Sí No Idioma para comunicarse _____

Educación del padre de familia/tutor legal: Maestría o más alto Graduado de la universidad (CorrLng)

Graduado de la secundaria No se graduó de la secundaria Pocos estudios en la universidad o bachillerato

Nombre: Apellido Primer nombre	Teléfono principal: () --
Domicilio si es diferente del domicilio principal:	Teléfono del trabajo: Ext. () --
Calle Ciudad Estado Código postal	Tel. celular: () --
Dirección electrónica: _____	

CONTACTOS EN CASO DE UNA EMERGENCIA:

Contacto en caso de emergencia #1

Tipo: Familiar _____ (relación con el estudiante)
 Amigo Niñera Otro: _____

Nombre: Apellido Primer nombre	Teléfono principal: () --
---	--

Contacto en caso de emergencia #2

Tipo: Familiar _____ (relación con el estudiante)
 Amigo Niñera Otro: _____

Nombre: Apellido Primer nombre	Teléfono principal: () --
---	--

Contacto en caso de emergencia #3

Tipo: Familiar _____ (relación con el estudiante)
 Amigo Niñera Otro: _____

Nombre: Apellido Primer nombre	Teléfono principal: () --
---	--

Información médica del estudiante

Nombre del
estudiante: _____

No sufre de problemas de salud regularmente:

	Problema(s) de salud	Medicina(s) para el problema	Tomado en casa	**Para tomar en la escuela
<input type="checkbox"/>	Problemas de salud emocionales/mentales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Deficiencia de atención (ADD/ADHD)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Anafilaxia/Epi-Pen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alergia a la fruta seca <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alergia (otras) <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave Especifique:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asma <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Impedimento neurológico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Condición respiratoria		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo II		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	No tolera la lactosa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Parálisis Cerebral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Migrañas y otros dolores de cabeza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Problemas digestivos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Convulsiones		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Anormalidades del sistema inmune		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Reacción adversa a las medicinas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Problemas para escuchar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Dificultad del habla		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Anomalías congénitas/de nacimiento		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Escoliosis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Problemas de la vista - Anteojos/Lentes de contacto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Oncología (Cáncer)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trasplante de órganos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Concusión		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas de salud actuales:				
Haga una lista de las necesidades físicas de cuidado de salud en la escuela (no incluya las medicinas), por ejemplo: Silla de ruedas, Tubo G para comer, nebulizador, etc.:				
** Para que un estudiante pueda tomar medicina en la escuela durante el día de clases, el doctor y el padre/madre debe llenar el formulario de "Petición para Tomar Medicina Durante el Horario de Clases" (<i>Request for Medication to be Taken During School Hours</i>).				

Firma del padre de familia/tutor legal

Fecha