



Formulario de Matricula del Estudiante

OFFICE USE - fill in information from Birth Certificate

Birthdate _____
Birthplace _____
Legal Name _____
Home Language Survey
___ Screen ___ Do Not Screen ___ Further Follow-up Needed
Date /Time Received ___/___/___ ___:___ am / pm

Fecha de hoy ___/___/___ Dia de Inicio del Estudiante ___/___/___

Genero del Estudiante Masculino Femenino Fecha de Nacimiento del Estudiante ___/___/___ Edad ___ Grado ___

Nombre Completo del Estudiante _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Apodo (o Nombre Americano) _____ El estudiante es mellizo/trillizo? (partos múltiples) SI NO

Dirección principal del Estudiante _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Números de Teléfono de casa _____

RAZA & ETNICIDAD

¿El Estudiante es Hispano o Latino? Hispano or Latino No Hispano o Latino

Marca una o más de las siguientes categorías que aplica a su hijo(a):

Indio Americano/Nativo de Alarka Asiático Negro/Afroamericano Nativo hawaiano/Othos isleños del pacifico Blanco

Ancestro/Origen étnico

Si es Hispano/Latino, elija todo lo que es aplicable.

colombiano ecuatoriano Guatemalense mexicano puertorriqueño salvadoreño Hispano/Hispanoamericano Otro

Si es Asiatico escoje todo lo aplicable:

birmano chino filipino Hmong indio Karen coreano vietnamita Otro Desconocido

Si es Negro o afroamericano elija lo que es aplicable

afroamericano oromo etíope etíope-Otro liberiano 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 WI
 Red Cliff Sokaogon St. Croix Stockbridge Brothertown Otro

Lugar de nacimiento del estudiante (Ciudad & Estado o Pais si no nacio en los Estados Unidos):

Fecha en la que Ingreso por primera vez a los Estados Unidos ___/___/___

Fecha en la que ingresó por primera vez a una escuela de Estados Unidos ___/___/___

Fecha en la que ingreso a una escuela en Wisconsin ___/___/___

¿Alguna vez su hijo(a) ha sido matriculado con otro nombre? SI NO

Si es si, proporcione su nombre completo _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Idioma en Casa (Idioma que el estudiante usa más frecuentemente en casa) _____

Lengua Nativa (Idioma que el estudiante aprendió a hablar) _____

MILITAR

Si alguno de los padres/guardián está en SERVICIO militar ACTIVO? SI NO Si es si, proporcionar la sucursal _____

Si alguno de los padres/guardian es un miembro tradicional de la Guardia Nacional de Reserva? SI NO

Si alguno de los padres/guardian es miembro Activo de la Guardia/Reserva (AGR) con el Titulo 10 o Guardia Nacional de tiempo completo con el Titulo 32? SI NO

PARTICIPACION ACTUAL & PARTICIPACION PREVIA EN CUALQUIERA DE LOS PROGRAMAS ABAJO (marque todo lo que aplica)

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

¿Actualmente se le ha asignado un trabajador social a su estudiante? SI NO

Si es si, nombre/teléfono _____

EXPERIENCIA PREVIA DE EDUCACION

Escuela a la que el estudiante ha asistido recientemente (Nombre, Dirección, Ciudad, Estado, y Código Postal)

¿El estudiante ha sido previamente matriculado en el Área del Distrito del D.C. Everest? SI NO Cuando _____

¿El estudiante ha sido alguna vez expulsado de la escuela? SI NO Si es si, por favor proporcione la fecha(s) _____

¿El estudiante alguna vez ha sido retirado de la escuela para evitar el procedimiento de expulsión? YES NO

Si es si proporcione la fecha(s) _____

VIVIENDA

¿Estas alquilando actualmente o eres dueño de tu casa? SI NO Si es no, Por favor selecciona la opción que mejor representa a la situación actual de vivienda del estudiante.

Motel/hotel Viviendo con miembros de familia o amigos Refugio Vehículo Otro _____

INFORMACION DE CUSTODIA Compartido Madre Padre Otro _____

CUSTODIA ORDENADA POR LA CORTE SI NO (Si es si, La orden de la corte debe estar en el archivo de la oficina de la escuela para que pueda ser implementado)

INFORMACION DOMESTICA

Hogar Primario - Donde el estudiante reside mas del 50% del tiempo (marque todo lo que aplica)

Primer Adulto

Madre Padre Madrastra Padrastro Madre Adoptiva Padre Adoptivo

Guardian Hermano Adulto Esposo(a) Otro _____

Nombre Legal _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Masculino Femenino

¿Recibir correos (Ej. Libreta de Calificaciones y Reporte de Progreso)? SI NO Trabajador Migrante? SI NO

Dirección Primaria _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Correo Electrónico _____ Empleador _____ Teléfono de Negocios _____

¿La persona necesita traducción? SI NO Lenguaje Oral _____ Lenguaje Escrito _____

Segundo Adulto

Madre Padre Madrastra Padrastro Madre Adoptiva Padre Adoptivo

Guardian Hermano Adulto Esposo(a) Otro _____

Nombre Legal _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Masculino Femenino

¿Recibir correos (Ej. Libreta de Calificaciones y Reporte de Progreso)? SI NO Trabajador Migrante? SI NO

Dirección Primaria _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Correo Electrónico _____ Empleador _____ Teléfono de Negocios _____

¿La persona necesita traducción? SI NO Lenguaje Oral _____ Lenguaje Escrito _____

Hermanos (as) que viven en el mismo hogar primario como el estudiante

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento		Grado (si edad escolar)
_____	_____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____
_____	_____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____
_____	_____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____
_____	_____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____
_____	_____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____

HOGAR SECUNDARIO - Residencia del estudiante que no es primario*Primer Adulto*

Madre Padre Madrastra Padrastro Madre Adoptiva Padre Adoptivo
 Guardian Hermano Adulto Esposo(a) Otro _____

Nombre Legal _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
 (Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Masculino Femenino

¿Recibir correos (Ej. Libreta de Calificaciones y Reporte de Progreso)? SI NO Trabajador Migrante? SI NO

Dirección Primaria _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Correo Electrónico _____ Empleador _____ Teléfono de Negocios _____

¿La persona necesita traducción? SI NO Lenguaje Oral _____ Lenguaje Escrito _____

Segundo Adulto

Madre Padre Madrastra Padrastro Madre Adoptiva Padre Adoptivo
 Guardian Hermano Adulto Esposo(a) Otro _____

Nombre Legal _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
 (Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Masculino Femenino

¿Recibir correos (Ej. Libreta de Calificaciones y Reporte de Progreso)? SI NO Trabajador Migrante? SI NO

Dirección Primaria _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Correo Electrónico _____ Empleador _____ Teléfono de Negocios _____

¿La persona necesita traducción? SI NO Lenguaje Oral _____ Lenguaje Escrito _____

CONTACTO(S) DE EMERGENCIA: Lista en orden de preferencia a quien que tu autorizes que recoja a tu estudiante en caso de emergencias, enfermedad, o verificar ausencias de la escuela si la escuela no puede contactar al padre/guardian

Primer Contacto de Emergencias

Nombre _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Relación con el Estudiante _____ Masculino Femenino Fecha de Nacimiento ____/____/____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____

SEGUNDO CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Relación con el Estudiante _____ Masculino Femenino Fecha de Nacimiento ____/____/____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____

INFORMACION MEDICA

¿Su estudiante tiene alguna condición de salud? SI NO Si es si, liste, la condición o condiciones de salud incluyendo los síntomas y tratamiento de la condición o condiciones.

¿Su estudiante requiere medicamento(s) en la escuela? SI NO Si es si, Liste el medicamento(s).

Padre/Guardian debe completar el formulario de permiso para el estudiante que necesite medicamento(s) mientras este en la escuela. El Padre/Guardian debe contactarse con la Asistente de Salud/Enfermera de la Escuela para discutir la condición o condiciones de salud y medicamento(s).

EQUIDAD DIGITAL

Las Escuelas del Área del Distrito D.C. Everest proporcionarán un dispositivo electronico por cada nuevo estudiante que se matricule.

1. ¿Puede el estudiante acceder al internet en su dispositivo de aprendizaje primario en casa?
 SI NO - No Deseado NO – No Disponible NO –Fuera de las Posibilidades Económicas NO - Otro _____
2. ¿Cuál es el tipo de servicio de internet primario que se usa en la residencia?
 Banda Ancha Residencial (DSL, Cable, Fibra) Red Celular Satélite Acceso Telefónico a Internet Ninguno
 "Hot Spot" (Internet Inalámbrico proporcionado por la escuela o servicio proporcionado por la escuela)
 Wi-Fi proporcionado por la Comunidad Otro Desconocido
3. ¿Puede el estudiante transmitir un video en su dispositivo de aprendizaje primario sin interrupciones? SI - Sin problemas
 SI – Pero no consistente NO
4. ¿Que dispositivo usa mas el estudiante para completar su tarea de la escuela en casa?
 Computadora de Escritorio Computadora portátil Tableta "Chromebook" Computadora abra Chrome Teléfono Inteligente
 Ninguno Otro
5. ¿Quien proporcionó el dispositivo de aprendizaje primario al estudiante? Escuela Personal Otro
6. ¿El dispositivo de aprendizaje primario es compartido con alguien más en la casa?
 Dedicado-Personalmente Personalmente-Compartido Dedicado- Poporcinado por la Escuela
 Proporcionada por la escuela-compartida Compartida No compartida Desconocido Ninguno

AUTORIZACION DEL PADRE/GUARDIAN

Manual

Reconozco que se cómo acceder a la copia electrónica del Manual del Estudiante en la página web del distrito, En adición, estoy de acuerdo con familiarizarme con la información y obedecer las políticas que contiene este documento.

Participación de Recaudador de Fondos para estudiantes menores de 12

Mi estudiante tiene permiso para participar en actividades de recaudación de fondos patrocinados por la escuela. Entiendo que mi estudiante menor de (9) años de edad debe ser acompañado físicamente por el padre o una persona de por lo menos dieciséis (16) años de edad.

Paseos

Doy permiso para que mi niño participe en paseos aprobados por la escuela y/o distrito escolar.

Reglas de Educación por el Uso de Tecnología

Mi niño y yo estamos de acuerdo con el uso de Tecnología Aceptable, Política (7540.03) encontrada dentro de las Políticas del Consejo Escolar en www.dce.k12.wi.us y aceptar en cumplir. También entendemos que cualquier violación a las políticas referidas son poco ético y pueden constituir a la violación de la ley. Como estudiante, si cometo alguna violación, mi privilegio de acceso será revocado, se tomarán a cabo acciones de disciplina por parte de la escuela (incluyendo multas), y/o un seguimiento de Y/o una acción legal. Como padre, entiendo que este acceso es designado para propósitos educacionales. Si embargo, también reconozco que es imposible que el distrito restrinja el acceso a todo el material controversial, y no haré responsable al distrito o sus trabajadores o sus agentes por materiales adquiridos en le internet. También entiendo que soy financieramente responsable por las acciones de mi estudiante si estas acciones resultan en daño de los recursos del distrito. Por la presente doy permiso para que mi hijo(a) use la red del sistema de computadoras, el cual incluye acceso a internet filtrado, así como aplicaciones en línea, pero no limitado a, Canvas, Office 365, y Aplicaciones de Google para Educación. Entiendo que si tengo preocupaciones con el uso de tecnología de mi hijo(a), contactare la escuela de mi hijo(a).

Encuesta sobre el Idioma del Hogar de Wisconsin

Esta encuesta se da a todos los estudiantes que se matriculan en la Escuelas de Wisconsin

La información en este formulario nos ayuda a identificar estudiantes que necesitan ayuda en desarrollar las habilidades del idioma inglés necesario para el éxito en l escuela. Una evaluación del lenguaje puede ser necesario para determinar si el apoyo con el idioma es necesario para su hijo(a). Las respuestas no serán usadas para determinar el estado legar o por propósitos migratorios. Si su hijo(a) es elegible para los servicios del Idioma inglés, usted puede rechazar algunos o todos los servicios que se le ofrezca a su hijo(a).

1. El primer idioma usado por el estudiante fue inglés? Si: Ir a la pregunta 2. No: Ir a la pregunta 3.
2. En casa, el estudiante escucha o usa otro idioma que no sea ingles mas de la mitad del tiempo?
 Si: Por favor pare aquí. No: El estudiante no es elegible para la Evaluación ELP. HLS está completa.
3. En casa, el estudiante escucha o usa otro idioma que no sea ingles más de la mitad de tiempo? Si No

OFFICE USE

- If #1 is "Yes" and #2 is "No" - Student is not eligible for ELP screening. HLS is complete.
- If #1 is "Yes" and #2 is "Yes" - Contact the Administrative Assistant to Curriculum & Learning Department to continue HLS process.
- If #1 is "No" and #3 is "Yes" Record other languages below. HLS is complete. Notify the Administrative Assistant to Curriculum & Learning Department to set up ELP screener.
- If #1 is "No" and #3 is "No" - Contact the Administrative Assistant to Curriculum & Learning Department to continue HLS process.

Upload this document and full HLS (if applicable) to Infinite Campus - Person Documents.

Idiomas distintos al inglés usados por el estudiante: _____

Verifico que la información en el formulario de matricula del estudiante es correcta y actualizada. Informaré a la escuela(s) de cualquier cambio en esta información.

Nombre de la persona llenando el formulario _____

Relación con el Estudiante _____

Padre/Guardian Firma _____ Fecha ____/____/____