



Formulario de Matricula del Distrito Escolar de Mt. Pleasant

School Year: 20____ - 20____

Fecha de hoy:	Home School
Student ID #:	Teacher

Grado	Apellido legal	Nombre legal	Segundo nombre legal	<input type="checkbox"/> Varon <input type="checkbox"/> Mujer	
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Estado/Prov. De nacimiento	Pafs de nacimiento	Fecha comienzo de U.S A(Mes/Año)	Fecha comienzo 1' escuela de CA (Mes/Año)	Fecha comienzo 1' escuela de EEUU(Mes/Año)
Grupo etnico: Del estudiante es hispano/latino? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Raza: Si el estudiante es hispano/latino, esta sección no es necesaria. Si el estudiante NO es hispano/latino, marque lo:				
<input type="checkbox"/> Amerindio-100- 100 <input type="checkbox"/> Vietnamita - 204 <input type="checkbox"/> Hmong - 208 <input type="checkbox"/> Samoano – 303 <input type="checkbox"/> Otros Islas del pacifico - 399 <input type="checkbox"/> Chino - 201 <input type="checkbox"/> Indo asiatico- 205 <input type="checkbox"/> Other asiatico - 299 <input type="checkbox"/> Tahitiano -304 <input type="checkbox"/> Negro Afroamericano - 600 <input type="checkbox"/> Japonés- 202 <input type="checkbox"/> Laos - 206 <input type="checkbox"/> Hawaiano - 301 <input type="checkbox"/> Filipino- 400 <input type="checkbox"/> Blanco - 700 <input type="checkbox"/> Coreano - 203 <input type="checkbox"/> Cambovano - 207 <input type="checkbox"/> Guam - 302					
Apellido padre/madre/tutor legal 1	Nombre padre/madre/tutor legal 1	Relación/Marque casilla si vive con el estudiante.			Celular padre/madre/tutor legal
Dirección correo electrónico padre/madre/tutor legal 1		Empleador del padre/madre/tutor legal 1		Telef. trabajo del padre/madre/tutor legal 1	
Domicilio (Número, Calle, número de apartamento).			Dirección postal <input type="checkbox"/>		Ciudad Código postal
Apellido padre/madre/tutor legal 2	Nombre padre/madre/tutor legal 2	Relación/Marque casilla si vive con el estudiante. <input type="checkbox"/> Cuarto de estar			Celular padre/madre/tutor legal
Dirección correo electrónico padre/madre/tutor legal 2		Empleador del padre/madre/tutor legal 2		Tele. trabajo del padre/madre/tutor legal 2	
Domicilio secundario (Número, Calle, número de apartamento). <input type="checkbox"/> igual que lo anterior			Dirección postal <input type="checkbox"/>		Ciudad Codigo postal 2
¿Existe una orden de alejamiento aplicable a este estudiante? <input type="checkbox"/> Por favor explique			Padres/ tutores en activo en el Ejército o la Guardia Nacional a tiempo completo? _____:		
Marque el nivel de educación del madre con más estudios: <input type="checkbox"/> Post-Universitario <input type="checkbox"/> Licenciado universitario BA/BS <input type="checkbox"/> Algunas clases o Diploma Asociado <input type="checkbox"/> Diploma de la Preparatoria. <input type="checkbox"/> Sin Diploma de la Preparatoria. <input type="checkbox"/> Elige no responder					
Marque el nivel de educación del padre con más estudios: <input type="checkbox"/> Post-Universitario <input type="checkbox"/> Licenciado universitario BA/BS <input type="checkbox"/> Algunas clases o Diploma Asociado <input type="checkbox"/> Diploma de la Preparatoria. <input type="checkbox"/> Sin Diploma de la Preparatoria. <input type="checkbox"/> Elige no responder					
Idioma de casa/familia (Según la ley de California, todos los estudiantes que hablen otro idioma en casa distinto al Ingles seran evaluados del nivel de ingles oral en los primeros 30 días del curso escolar)					
1 ¿En qué idioma empezó a hablar el estudiante? (idioma primario)				¿En qué idioma desea que nos comuniquemos con usted? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita	
2 ¿En que idioma habla el estudiante en casa? (idioma de casa)					
3 ¿En qué idioma habla usted con más frecuencia con su estudiante? (idioma hablado al estudiante)					
4 ¿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
Nombre del hermano/a 2	Edad	Escuela actual	Nombre del hermano/a 4	Edad	Escuela actual
Nombre de la escuela anterior		Distrito anterior		Ultimo dfa de asistencia (Mes/Año)	
Indique los programas académicos en los que ha participado el estudiante: <input type="checkbox"/> monja <input type="checkbox"/> Educación Especial SOC <input type="checkbox"/> Habla/Educación Especial <input type="checkbox"/> Retenido <input type="checkbox"/> Desarrollo de! Ingles (ELD/ELL) <input type="checkbox"/> Asesoramiento <input type="checkbox"/> Educación Especial Adaptativa <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Superdotados y Talentosos <input type="checkbox"/> Preescolar					
Indique los problemas médicos de su estudiante: <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Impedimento visual/Lleva lentes <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sordera/Lleva audifono <input type="checkbox"/> Alergia severa: _____ <input type="checkbox"/> Condición cardiaca <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Herida en la cabeza				¿En qué idioma desea que nos comuniquemos con usted? <input type="checkbox"/> Necesita Epi-Pen <input type="checkbox"/> Necesita plan de salud <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Toma medicamento en la escuela	
He revisado este documento y para mi leal saber y entender, la información que contiene es verdadera y completa. Los abajo firmantes declaran bajo pena de perjurio que son los padres o tutores legales del alumno arriba mencionado y conceden las autorizaciones arriba mencionadas.					
Firma del padre/tutor legal: _____			Fecha: _____		
Oficina / Office Use		<input type="checkbox"/> Form reviewed by staff initials:			
<input type="checkbox"/> Birth Certificate/Passport	<input type="checkbox"/> Proof of Residency	<input type="checkbox"/> Residency (Homeless) Survey	<input type="checkbox"/> Immunizations Complete	<input type="checkbox"/> TB Assessm ent	<input type="checkbox"/> CHDP Completed
<input type="checkbox"/> Oral Health Exam	<input type="checkbox"/> Lunch Application	<input type="checkbox"/> Approved Inter-district			