

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MOORPARK – FORMA DE MATRICULA

Proof of Birth: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Residence: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Immunization: Type: _____ Verified by: _____	Enroll Date: _____	Assigned Grade: _____	Permanent ID: _____
► ¿Ha asistido su hijo/a una escuela en Moorpark previamente? ☐ Sí Grado _____ ☐ No ► ¿En qué grado está matriculando a su estudiante? _____					
FAVOR DE USAR LETRA DE IMPRENTA – NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE					
Apellido (legal)		Primer Nombre (legal)		Segundo Nombre(legal) Otro Nombre Legal (si aplica)	
☐ Masculino ☐ Femenino		Fecha de nacimiento			
		Mes	Día	Año	
Teléfono de la casa _____					
Domicilio residencial del estudiante			Apt#	Ciudad	Estado Zona Postal
Domicilio de correo del estudiante (si es diferente)			Apt #	Ciudad	Estado Zona Postal

La ley federal requiere l siguiente información:

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO/A? (Marque uno solamente): ☐ Hispano o latino ☐ NO es hispano o latino

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO/A? (Marque todos los que apliquen)

La pregunta anterior era sobre la etnicidad, no su raza. No importa lo que seleccionó anterior, continúe con su respuesta marcando una o más de las cajas para indicar la raza que usted considera representa a su hijo/a.

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Indio americano o nativo de Alaska (100) | ☐ Laosiano (206) | ☐ Samoano (303) |
| ☐ Chino (201) | ☐ Camboyano (207) | ☐ Tahitiano (304) |
| ☐ Japonés (202) | ☐ Hmong (208) | ☐ Otra Isla del Pacífico (399) |
| ☐ Coreano (203) | ☐ Otro Asiático (299) | ☐ Filipino/Filipino Americano (400) |
| ☐ Vietnamés (204) | ☐ Hawaiano (301) | ☐ Negro Americano o Negro (600) |
| ☐ Indio Asiático (205) | ☐ Guameño (302) | ☐ Blanco (700) |

ESCUELA MÁS RECIENTE que asistió (Estudiante): Para los estudiantes de Kindergarten, por favor nombre la escuela pre-escolar que asistió

Escuela	Domicilio/ciudad/estado/zona postal	Grado	Fecha

¿Hay algún expediente psicológico o confidencial de la escuela previa de su hijo/a? ☐ Sí ☐ No

¿Han suspendido a su hijo/a? ☐ Sí ☐ No ¿Han expulsado a su hijo/a de la escuela? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo/a ha sido retenido? ☐ Sí ☐ No ¿En qué grado? _____

¿Cuáles servicios especiales ha recibido su hijo/a? (favor de marcar todos lo que aplican)

☐ Educación Especial ☐ GATE ☐ 504 ☐ Otro (Especifique) _____

Indique en qué idioma desea que se le envíe la correspondencia a la casa. ☐ Inglés ☐ Español

Información del Padre/Tutor (con quien vive el estudiante) – marque los que apliquen:

☐ Padre ☐ Madre ☐ Ambos ☐ Padrastro ☐ Madrastra ☐ Tutor ☐ Padre adoptivo/Casa de grupo ☐ Otro _____

¿Es la persona indicada el guardián LEGAL del estudiante? ☐ Sí ☐ No

Si No, favor de completar la forma “Declaración Jurada para el Adulto Encargado”

Si hay un documento legal respecto a la custodia del estudiante es responsabilidad del padre o madre de presentar este documento al momento de la matricula

Favor de indicar cual: ☐ Custodia compartida ☐ Custodia Individual ☐ Guardián

INFORMACION DE SALUD

Indique si su hijo/a tiene alguno de los siguientes:

☐ Problemas con los ojos ☐ Usa espejuelos o lentes de contacto ☐ Perdida de audición ☐ Usa receptor auditivo
☐ Diabetes ☐ Asma ☐ Convulsiones /epilepsia ☐ Alergia a piquetes de abejas
☐ Alergia al cacahuete (maní)

☐ Otro problema de salud: _____

☐ Limitada actividad física (favor de explicar): _____

(Se requiere verificación medica)

☐ El estudiante, ¿toma medicina regularmente? Si es así, ¿cuál medicina(s)? _____

(Toda medicina tiene que tener la documentación en la oficina)

Nombre del Doctor : _____

Teléfono: _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MOORPARK – PADRES INFORMACION

Madre: Apellido	Primer Nombre	Teléfono del hogar	Teléfono Celular
Domicilio de la Casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____			
Empresa _____ Ciudad _____		Teléfono de trabajo (____) _____	
Ocupación _____		Email _____	
☐ Además de recibir notificaciones por telefono y/o correo electrónico, quiero recibir mensajes via texto en mi teléfono celular.			

Padre: Apellido	Primer Nombre	Teléfono del hogar	Teléfono Celular
Domicilio de la Casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____			
Empresa _____ Ciudad _____		Teléfono de trabajo (____) _____	
Ocupación: _____		Email: _____	
☐ Además de recibir notificaciones por telefono y/o correo electrónico, quiero recibir mensajes via texto en mi teléfono celular.			

☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Guardián			
Apellido	Primer Nombre	Teléfono del hogar	Teléfono Celular
Empresa: _____ Ciudad: _____		Teléfono de trabajo # (____) _____	
Ocupación: _____		Email: _____	
☐ Además de recibir notificaciones por telefono y/o correo electrónico, quiero recibir mensajes via texto en mi teléfono celular.			

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

NIVEL DE EDUCACION DEL PADRE – Favor de marcar la respuesta que describe el nivel de educación del padre más educado.

☐ Padre or ☐ Madre

☐ Estudios post-graduados (10)
 ☐ Unos años de colegio o grado asociado (12)
 ☐ No se graduó de la escuela secundaria (14)

☐ Graduado de la Universidad (11)
 ☐ Graduado de la escuela secundaria (13)

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MOORPARK – PADRES INFORMACION

Residencia-¿Dónde está viviendo su hijo/a y familia? (mandato federal de la ley NCLB) – Plea Favor de indicar su lugar de vivienda:

- ☐ En una residencia individual (casa, apartamento, condominio, casa movable)
- ☐ Affidavit de residencia complete **(uso de oficina solamente)** ☐ En un motel/hotel (09)
- ☐ En pares (compartiendo una casa con otras familias o individuos debido a situación económica o pérdida) (11) ☐ Sin albergue (carro/campamento) (12)
- ☐ En un albergue o programa de vivienda transitoria (10) ☐ Otro (15) (favor de indicar) _____

Si no pueden localisarme en el caso de una enfermedad o emergencia (incluyendo evacuación), autorizo a cualquier empleado del Distrito Escolar Unifacado de Moorpark que entregue a mi hijo/a a las siguientes personas (además de los padres/guardianes ya mencionados) * Las personas tienen que ser mayores de 18 años.

Nombre (Local si es posible)	Relación	Teléfono
------------------------------	----------	----------

Nombre (Local si es posible)	Relación	Teléfono
------------------------------	----------	----------

Nombre (Local si es posible)	Relación	Teléfono
------------------------------	----------	----------

También doy mi consentimiento para tratamiento de emergencia médico o dental; incluyendo transportación a la facilidad de emergencia mas cercana si no se pueden comunicar conmigo o las personas en la lista de arriba.

Firma del Padre/Guardián legal: _____ **Fecha:** _____

HERMANOS/HERMANAS – Haga una lista de todos los niños en su familia

Nombre	Género	Grado	Escuela	Fecha de Nacimiento