



MANSFIELD SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE NUEVO ALUMNO

NO ESCRIBA EN EL ÁREA SOMBRREADA – PARA USO DE LAS OFICINAS EXCLUSIVAMENTE				
STUDENT SCHOOL NUMBER	STUDENT DISTRICT NUMBER	HEALTH ALERT	FTE	

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Apellido legal		Primer nombre legal		Segundo nombre legal		Alias:
F. NACIMIENTO (mes/día/año)		SEXO (M/F)	LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad Estado País			NIVEL ESCOLAR
¿Qué idioma aprendió su hijo primero? (LENGUA NATIVA)				¿NÚMERO DE MESES QUE ASISTIÓ A LA ESCUELA FUERA DE LOS EE.UU.?		
				¿FECHA INICIAL DE INSCRIPCIÓN EN LOS EE.UU.?		
¿QUÉ IDIOMA SU HIJO HABLA PRIMERO EN CASA?						

HOGAR PRIMARIO (padre/tutor con quien vive el alumno) <i>Apellido</i> <i>Primer nombre, M.</i>		ALUMNO VIVE CON <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Sólo el padre <input type="checkbox"/> Sólo la madre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padre/madrastra <input type="checkbox"/> Madre/padrastra <input type="checkbox"/> Padrastra/madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Otro _____	HOGAR PRIMARIO Primer N° telefónico del hogar (incluya el código de área) Sirvase marcar si no está en la guía telefónica <input type="checkbox"/>		Segundo N° telefónico (incluya el código de área) Trabajo Tercer N° telefónico (incluya el código de área) Celular	
Cónyuge (padre/tutor con quien vive el alumno) <i>Apellido</i> <i>Primer nombre, M.</i>			dirección de correo electrónico del padre/guardián:		TELÉFONO N° 2 (CÓNYUGE) Trabajo TELÉFONO N° 3 (CÓNYUGE) Celular	

DIRECCIÓN DE RESIDENTE	<i>Calle</i>	<i>Apto. N°</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Cód. postal</i>
------------------------	--------------	-----------------	---------------	---------------	--------------------

DIRECCIÓN POSTAL (Si es diferente de la anterior)	<i>Calle</i>	<i>Apto. N°</i>	<i>Casilla de correo</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Cód. postal</i>
---	--------------	-----------------	--------------------------	---------------	---------------	--------------------

HOGAR SECUNDARIO (padre que no tiene la custodia o que no vive con el alumno) <i>Apellido</i> <i>Primer nombre, M.</i>		RELACIÓN <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Sólo el padre <input type="checkbox"/> Sólo la madre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padre/madrastra <input type="checkbox"/> Madre/padrastra <input type="checkbox"/> Padrastra/madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Otro _____	HOGAR SECUNDARIO Primer N° telefónico del hogar (incluya el código de área) Sirvase marcar si no está en la guía telefónica <input type="checkbox"/>		Segundo N° telefónico (incluya el código de área) Trabajo Tercer N° telefónico (incluya el código de área) Celular	
Cónyuge (padre que no tiene la custodia o que no vive con el alumno) <i>Apellido</i> <i>Primer nombre, M.</i>			dirección de correo electrónico del padre/guardián:		SEGUNDO N° TELEFÓNICO (CÓNYUGE) Trabajo TERCER N° TELEFÓNICO (CÓNYUGE) Celular	

DIRECCIÓN POSTAL DEL HOGAR SECUNDARIO (<i>Calle/ casilla de correo, ciudad, estado, cód. postal</i>)					DIRECCIONES ADICIONALES SOLICITADAS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
--	--	--	--	--	--	--

Es su hijo/a de origen hispano o latino? (Marque todos los que se aplican)

<input type="checkbox"/> NOT HISPANIC/LATINO	<input type="checkbox"/> DOMINICAN	<input type="checkbox"/> PUERTO RICAN	<input type="checkbox"/> CENTRAL AMERICAN	<input type="checkbox"/> SOUTH AMERICAN
<input type="checkbox"/> CUBAN	<input type="checkbox"/> SPANIARD	<input type="checkbox"/> LATIN AMERICAN	<input type="checkbox"/> OTHER HISPANIC/LATINO	<input type="checkbox"/> MEXICAN / MEXICAN AMERICAN/ CHICANO

¿Qué razas considera usted a su hijo/a? (Marque todos los que se aplican)

<input type="checkbox"/> AFRICAN AMERICAN/ BLACK	<input type="checkbox"/> WHITE	<input type="checkbox"/> ALASKA NATIVE	<input type="checkbox"/> NISQUALLY	<input type="checkbox"/> SPOKANE
<input type="checkbox"/> ASIAN INDIAN	<input type="checkbox"/> LAOTIAN	<input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN	<input type="checkbox"/> CHEHALIS	<input type="checkbox"/> NOOKSACK
<input type="checkbox"/> CAMBODIAN	<input type="checkbox"/> MALAYSIAN	<input type="checkbox"/> FIJIAN	<input type="checkbox"/> COLVILLE	<input type="checkbox"/> PORT GAMBLE KLALLAM
<input type="checkbox"/> CHINESE	<input type="checkbox"/> PAKISTANI	<input type="checkbox"/> GUAMANIAN or CHAMORRO	<input type="checkbox"/> COWLITZ	<input type="checkbox"/> PUYALLUP
<input type="checkbox"/> FILIPINO	<input type="checkbox"/> SINGAPOREAN	<input type="checkbox"/> MARIANA ISLANDER	<input type="checkbox"/> HOH	<input type="checkbox"/> OUILEUTE
<input type="checkbox"/> HMONG	<input type="checkbox"/> TAIWANESE	<input type="checkbox"/> MELANESIAN	<input type="checkbox"/> JAMESTOWN	<input type="checkbox"/> QUINAULT
<input type="checkbox"/> INDONESIAN	<input type="checkbox"/> THAI	<input type="checkbox"/> MICRONESIAN	<input type="checkbox"/> KALISPEL	<input type="checkbox"/> SAMISH
<input type="checkbox"/> JAPANESE	<input type="checkbox"/> VIETNAMESE	<input type="checkbox"/> SAMOAN	<input type="checkbox"/> LOWER ELWHA	<input type="checkbox"/> SAUK-SUIATTLE
<input type="checkbox"/> KOREAN	<input type="checkbox"/> OTHER ASIAN	<input type="checkbox"/> TONGAN	<input type="checkbox"/> LUMMI	<input type="checkbox"/> SHOALWATER
			<input type="checkbox"/> MAKAH	<input type="checkbox"/> SKOKOMISH
			<input type="checkbox"/> OTHER PACIFIC ISLANDER	<input type="checkbox"/> SNOQUALMIE

¿ES CUALQUIER PERSONA EN SU HOGAR ACTUALMENTE EN EL MILITAR? Sí No

Sí No ¿El tutor se mudó a esta área para buscar empleo en el área de agricultura, pesca o relacionada con el procesamiento de alimentos?

¿EL ALUMNO FUE SUSPENDIDO ALGUNA VEZ? Sí No Fecha: _____ Motivo/Escuela: _____

¿EXISTE UNA CUSTODIA CONJUNTA O PLAN DE PATERNIDAD VIGENTE? Sí No (Si respondió sí, debe haber una copia del plan en el archivo de la escuela para cumplirlo)

¿HAY UNA ORDEN DE RESTRICCIÓN VIGENTE? Sí No (Si respondió sí, debe haber una copia de los documentos legales en el archivo de la escuela para cumplirlos)

La orden de restricción es contra: Madre Padre Otro _____

¿SU HIJO HA CALIFICADO O HA ESTADO INSCRITO EN ALGÚN MOMENTO EN ALGÚN PLAN DE EDUCACIÓN ESPECIAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿ALGUNA VEZ DETUVIERON A SU HIJO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿EN ALGÚN MOMENTO SU HIJO CALIFICÓ O TUVO UN PLAN 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió sí, en qué nivel(es) escolar(es) _____
SU HIJO PARTICIPÓ ALGUNA VEZ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> LAP <input type="checkbox"/> Talentos excepcionales <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Otro _____	

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN: La información contenida en este formulario es cierta y precisa a la fecha. Entiendo que la falsificación de información para lograr la inscripción o la asignación pueden causar la revocación de la inscripción del alumno o la asignación a una escuela en el Distrito Escolar de Mansfield.

Legal Parent/Guardian Signature _____ Date _____
 Additional registration information on back...

¿EL ALUMNO ASISTE A CUIDADOS INFANTILES? <input type="checkbox"/> Antes de la escuela <input type="checkbox"/> Después de la escuela <input type="checkbox"/> Antes y después de la escuela	PROVEEDOR DE CUIDADOS INFANTILES <i>Nombre</i> <i>Domicilio</i> <i>Nº telefónico</i>
ARREGLOS ADICIONALES PARA CUIDADOS INFANTILES (Por favor proporcione la información por escrito a la escuela)	

POR FAVOR, DETALLE OTROS HERMANOS QUE ASISTAN AL DISTRITO ESCOLAR DE MANSFIELD			
Apellido	Primer nombre	Escuela	Grado

AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA: Comprendo que en caso de accidente o enfermedad, se harán todos los esfuerzos por contactar al padre/tutor de inmediato. Si no se puede contactar al padre/tutor, autorizo a las autoridades escolares a obtener atención de emergencia para mi hijo.

Firma del padre/tutor legal _____ *Fecha* _____

En caso de lesión, enfermedad u otra situación que no sea de emergencia y que involucren a su hijo, queremos poder ponernos en contacto rápidamente con las familias u otros adultos responsables. En caso de que no podamos ponernos en contacto con un padre/tutor, por favor detalle las personas en las que usted confíe y que estén disponibles durante el día para cuidar a su hijo.

1º CONTACTO DE EMERGENCIA (sin ser padre/tutor) <i>Apellido</i> <i>Primer nombre, M.</i>	RELACIÓN CON EL NIÑO	TELÉFONO DEL HOGAR (incluya el código de área)	Segundo Nº telefónico (incluya el código de área)
			Trabajo
			Tercer Nº telefónico (incluya el código de área)
			Celular
1ª DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DE EMERGENCIA	<i>Calle</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i> <i>Cód. postal</i>
2º CONTACTO DE EMERGENCIA (sin ser padre/tutor) <i>Apellido</i> <i>Primer nombre, M.</i>	RELACIÓN CON EL NIÑO	TELÉFONO DEL HOGAR (incluya el código de área)	Segundo Nº telefónico (incluya el código de área)
			Trabajo
			Tercer Nº telefónico (incluya el código de área)
			Celular
2ª DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DE EMERGENCIA	<i>Calle</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i> <i>Cód. postal</i>

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DEL ALUMNO: En caso de que la escuela no logre ponerse en contacto con el padre/tutor, autorizo que se permita a mi hijo retirarse con la(s) personas indicada(s) más arriba.

Firma del padre/tutor legal _____ *Fecha* _____

ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ ANTES	DISTRITO ESCOLAR AL QUE ASISTIÓ ANTES	UBICACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR (ciudad y estado)
¿EL ALUMNO HA ASISTIDO AL DISTRITO ESCOLAR DE MANSFIELD ALGUNA VEZ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		FECHA DE ASISTENCIA (mes/año)

NO ESCRIBA EN EL ÁREA SOMBRADA – PARA USO DE LAS OFICINAS EXCLUSIVAMENTE							
BUS ROUTE	DATE RECORDS REQUESTED	SHARED STUDENT	OTHER SCHOOL	IMMUN ON FILE	RES AREA	BIRTH VER	ROOM
AM PM							

El Distrito Escolar de Mansfield ofrece igualdad de oportunidades de empleo y tratamiento para todos los solicitantes y personal en reclutamiento, contratación, retención, asignación, transferencia, promoción y capacitación. La igualdad de oportunidades de empleo se proporcionará sin discriminación con respecto a la raza, el credo, la religión, el color, el origen nacional, la edad, el estado militar o veterano con licencia honorable, el sexo, la orientación sexual, la expresión de género, la identidad de género, el estado civil o la discapacidad. El uso de una guía de perros entrenados o un animal de servicio y proporciona igual acceso a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados.

El Distrito Escolar de Mansfield también tomará medidas para asegurar que las personas de origen nacional que carecen de habilidades en el idioma inglés puedan participar en todos los programas, servicios y actividades de educación. Para obtener información sobre servicios de traducción o educación bilingüe, comuníquese con la oficina de la escuela.

Los siguientes empleados han sido designados para manejar las preguntas y quejas de supuestas discriminaciones: 25/07/2017

Coordinador de Cumplimiento de Derechos Civiles / Coordinador de Título IX Michael Messenger & 504 / Coordinador de ADA Katie Peet.

Distrito Escolar de Mansfield, PO Box 188 Mansfield, WA 98830-0188 Teléfono: 509 / 683-1012