DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
Formulario De Inscripción 2024-2025

1) INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Apellido del alumno	Nombre del alumno	Segundo Nombre

Nombre legal, si es diferente	Correo electrónico de la familia	
Domicilio actual	Ciudad	Código Posta
Domicilio de correspondencia, si es diferente	Ciudad	Código Posta

Teléfono del hogar ( )	Celular de madre/padre ( )	Celular de madre/padre ( )
Fecha de nacimiento	Genero: ❒ Masculino	❒ Femenino ❒ No binario

2) ÚLTIMA ESCUELA DE ASISTENCIA

Nombre de la escuela	Último día que asistió	Grado	Ciudad/Condado/Estado

¿Ha asistido previamente el alumno a otra escuela ❒ No ❒ Si* *Escuela:

3) INFORMACIÓN DE FAMILIA

Escriba su nombre y apellido *Marque si el alumno vive con*

Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Cuidador/Tutor/ Padre de Crianza ❒

Esta información es solamente para informes de estadísticas/encuestas y será mantenida confidencial

Por favor marque la casilla que más se asemeje a los padres:
❒ No es graduado de preparatoria ❒ Graduado de universidad ❒ Graduado de preparatoria ❒ Escuela/Capacitación de Pos graduado
❒ Algo de universidad (colegio /universidad de 2 o 4 años) ❒ Escuela/Capacitación de Pos graduado

Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Cuidador/Tutor/ Padre de Crianza ❒

Esta información es solamente para informes de estadísticas/encuestas y será mantenida confidencial

Por favor marque la casilla que más se asemeje a los padres:
❒ No es graduado de preparatoria ❒ Graduado de universidad ❒ Graduado de preparatoria ❒ Escuela/Capacitación de Pos graduado
❒ Algo de universidad (colegio /universidad de 2 o 4 años) ❒ Escuela/Capacitación de Pos graduado

¿Acáso el padre/tutor se encuentra en servicio activo en la fuerzas armadas? ❒ Si ❒No
(Servicio activo se define como servicio activo tiempo completo en las Fuerza Aérea, Ejército, Guarda Costas, Marina, Naval)
Sí esta activo/a, ¿Qué rama? ❒ Fuerza Aérea ❒ Ejército ❒ Guarda Costas ❒ Marina ❒ Fuerza Naval

4) OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre (y apellido)	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela

5) INFORMACIÓN DE SALUD

Marque todo lo que proceda:

❒ **No se conoce algún problema de salud Comentarios**:
❒ Alergias (favor de explicar)
❒ Deficiencia de atención/hiperactividad
❒ Asma (❒ depende de inhalador*)
❒ Diabético (❒ depende de insulina*)
❒ Convulsiones/Epilepsia (❒ requiere medicamento*)
❒ Cirugías
❒ Enfermedades graves (favor de explicar)
❒ Otro medico (favor de explicar)
❒ Otros medicamentos (favor de explicar)

Comentarios:

_____
_____
_____
_____
_____

*** REQUIERE NOTA DEL MEDICO/COMPLETAR FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA**
**** LEA EL MANUAL PARA PADRES PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE SERVICIOS DE SALUD**

6) 6) PROGRAMAS ESPECIALES

❒ **Sí, mi hijo/a tiene un Plan de Educación** ❒ Educación de dotados y talentosos (GATE) Individual vigente (IEP)
❒ Plan de Conducta/Contrato de Conducta
❒ Terapia de habla ❒ Equipo de estudio estudiantil (SST) ❒ Programa de Especialista de Recursos (RSP) ❒ Foster/Hogar de Crianza
❒ Clase especial diurna (SDC) ❒ Sin Hogar/McKinney-Vento ❒ Plan 504 Adaptado ❒ Ninguno aplica
❒ Mi hijo/a ha sido evaluado para educación especial ❒ Otro _____

7) PREVIO HISTORIAL DE CONDUCTA

SUSPENSIÓN:
❒ Mi hijo/a **fue** previamente suspendido/a de una escuela publica/privada.*

EXPULSIÓN:
❒ Mi hijo/a **fue** expulsado/a de una escuela publica/privada.*
❒ Mi hijo/a **ésta actualmente** siendo recomendado/a a una expulsión de una escuela publica/privada o del distrito.*
***Por la ley los padres son exigidos divulgar esta información (EC 48918)**

8) ETNICIDAD DEL ALUMNO

❒ No, no es hispano o latino ❒ Sí, es hispano o latino

9) RAZA DEL ALUMNO (elija uno o más)

❒ Indígena americana o de Alaska ❒ Filipino ❒ Coreano ❒ Tahitiano ❒ Indio asiático ❒ Guamaniano ❒ Laosiano ❒ Vietnamita
❒ Negro o afroamericano ❒ Hawaiano ❒ Otro asiático ❒ Caucásico ❒ Camboyano ❒ Hmong ❒ Otro isleño pacifico
❒ Chino ❒ Japonés ❒ Samoano

*** FIRMA DE PADRE/TUTOR***

Mi firma certifica que toda la información proporcionada dentro de este formulario es correcta. Comprendo que los cambios de domicilio, teléfono e/o información de emergencia deben ser reportados a la escuela dentro 24 horas para la seguridad de mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor **Fecha:**

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, intimidación, hostigamiento (incluso acoso sexual), acoso basado en la actual o percibida ascendencia, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, estado de inmigración, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. Para preguntas o para presentar quejas con respecto a la discriminación, intimidación, hostigamiento (incluso acoso sexual), con el Oficial de Cumplimiento de Equidad del Distrito: Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles, 5700 Arlington Avenue Riverside, CA 92504, (951) 352-1200 ex. 83030, rayala@riversideunified.org, y/o David Marshall, Oficial de Resolución, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951) 788-7135 ex. 80426, drmarshall@riversideunified.org, Asunto relacionado con acoso estudiantil o Título IX: Bethany Scott, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951) 788-7135 ex 80135, bscott@riversideunified.org, y Sección 504 Coordinador: Gerardo Arenas, Administrador - Coordinador de Programa, Servicios Estudiantiles, 5700 Arlington Avenue Riverside, CA 92504, (951) 352-1200 ex. 83503, garenas@riversideunified.org.

SOLO USO DE OFICINA

GRADE:	**Student ID:**	❒ **REGISTRATION COMPLETE**

DOCUMENTS VERIFIED: ❒ Birth Verification ❒ Transcripts ❒ Photo ID ❒ Emergency Card ❒ Student Housing Questionnaire
❒ Caregiver ❒ Immunization record ❒ Home Language Survey ❒ Proof of Address ❒ Physical
❒ Mandatory Parent Notification Receipt Proof #1 Date: _____ ❒ Custody documents
❒ Parent Handbook Proof #2 Date: _____ ❒ Health History Form ❒ Lunch Application

SCHOOL OF RESIDENCE: