



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SIMI VALLEY

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

(NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS GRISES)

Student ID
School

Sp. Ed. Code

Entry Date

Información del estudiante (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)

Apellido legal _____ Suffix _____ (Jr., Sr., etc.)

Primer nombre legal _____ Segundo nombre legal _____

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No Binario Grado: _____ Edad: _____ F.D.N. _____ / _____ / _____

Ciudad de nacimiento: _____ Estado de nacimiento: _____ País de nacimiento: _____

Domicilio principal (dirección)

Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección para enviar correo: (SI ES DIFERENTE A LA DE ARRIBA)

Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono celular del estudiante (_____) _____ - _____
(si aplica)

Padre de familia/tutor legal _____ Teléfono principal (_____) _____ - _____

¿Es el estudiante
Hispano/Latino?

☐ Sí
☐ No

La parte de arriba es acerca de etnia, no de raza. No importa lo que usted haya seleccionado aquí arriba, por favor marque una o más de las cajas en la sección a la derecha para indicar la raza que usted considera ser la de su hijo/a.

¿Cuál es la raza de su hijo? (Por favor marque todos los que apliquen)

☐ Alaska / Indio Americano

☐ Negro / norteamericano de origen africano

☐ Caucásico / Blanco

Asiático

☐ Chino

☐ Japonés

☐ Coreano

☐ Vietnamés

☐ Indio Asiático

☐ Laosiano

☐ Camboyano

☐ Otro - Asiático

☐ Filipino

☐ Hmong

Islas Pacíficas

☐ Hawaiano

☐ Guamaniano

☐ Samoano

☐ Tahitiano

☐ Otro – Islas Pacíficas

Idioma para comunicarse ☐ Inglés o ☐ Español
(CorrLng)

¿Ha asistido su hijo a una de las escuelas de SVUSD? ☐ No ☐ Sí Fecha: _____ / _____ / _____

ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ SU HIJO:

Nombre de la escuela: _____ Tel.: (____) _____ - _____

Dirección de la escuela: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

HA SIDO EXPULSADO SU HIJO DE ALGUNA ESCUELA O DISTRITO ESCOLAR? ☐ No ☐ Sí

Nombre de la escuela/distrito escolar: _____ Fecha(s) de la expulsión: _____

Aviso: El Código de Educación de California, artículo 48915.1, exige la divulgación de expulsiones previas al matricularse en un nuevo distrito escolar. Esta información se utiliza únicamente para garantizar la colocación y el apoyo educativo adecuados para su hijo.

District Enter Date: _____ / _____ / _____ School Enter Date: _____ / _____ / _____

Encuesta del idioma en el hogar: El Código de Educación de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes. **(escriba solamente un idioma por línea):**

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando comenzó a hablar?

(First)

2. ¿Qué idioma usa usted **más frecuentemente** cuando le habla a su hijo?

(Primary)

3. ¿Qué idioma usa su hijo **más frecuentemente** en el hogar?

(at Home)

4. ¿Qué idioma **hablan más los adultos** en el hogar?

(Primary)

Fecha en que el estudiante asistió por primera vez a una escuela pública en los Estados Unidos

/ /

Fecha en que el estudiante asistió por primera vez a una escuela pública en California

/ /

Vivienda (Domicilio) - ¿Dónde vive su hijo/familia en este momento?

Por favor marque la caja apropiada:

- ☐ En un lugar con domicilio permanente (casa, apartamento, condominio, casa rodante (móvil))
- ☐ Compartido (compartiendo casa con otra familia/individuo debido a penuria económica o pérdida)
- ☐ En un refugio o programa transicional de casa
- ☐ En un motel/hotel
- ☐ No en un refugio (carro/campamento)
- ☐ Otro (por favor especifique):

PROGRAMAS ESPECIALES:

Educación especial

¿Ha calificado su hijo para un Programa de Educación Especial?

☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es sí, por favor proporcione una copia del IEP

(☐ Recurso (RSP) ☐ Clase especial de día (SDC) ☐ Habla/lenguaje)

PLAN 504

Tiene su hijo un Plan 504?

☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es sí, por favor proporcione una copia del plan 504

G.A.T.E.

¿Ha calificado su hijo para el programa G.A.T.E.?

☐ No ☐ Sí

HERMANOS:

F.D.N.

Nombre de la escuela a la que asiste:

/ /

Apellido Primer nombre Segundo nombre mes/día/año

/ /

Apellido Primer nombre Segundo nombre mes/día/año

/ /

Apellido Primer nombre Segundo nombre mes/día/año

/ /

Apellido Primer nombre Segundo nombre mes/día/año

/ /

Apellido Primer nombre Segundo nombre mes/día/año

/ /

Apellido Primer nombre Segundo nombre mes/día/año

Custodia del estudiante: ☐ Padre/tutor legal ☐ Familia "Foster" ☐ Institución legal para niños.
☐ Intercambio extranjero ☐ Otro: _____

Si existe un acuerdo de custodia, es la responsabilidad de los padres/tutores legales la de proporcionar a la escuela con una copia del acuerdo. En la ausencia de un acuerdo legal, los padres/tutores legales listados tendrán presuntamente derechos de custodia totales y ecuanímes.

Para los estudiantes en cuidado de acogida (Fóster) o LCI: El padre de acogida o encargado del caso del estudiante debe proporcionar una copia de los hallazgos del juez y la orden del juez.

PADRES DE FAMILIA/TUTORES LEGALES:

Padre de familia/tutor legal # 1:

☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro: _____

¿Vive el estudiante con esta persona? ☐ Sí ☐ No Idioma para comunicarse _____

Educación del padre de familia/tutor legal: ☐ Maestría o más alto ☐ Graduado de la universidad (CorrLng)

☐ Graduado de la secundaria ☐ No se graduó de la secundaria ☐ Pocos estudios en la universidad o bachillerato

Nombre:	Apellido	Primer nombre	Teléfono principal:
			() --
Domicilio si es diferente del domicilio principal:			Teléfono del trabajo: Ext.
			() --
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección electrónica: _____			Tel. celular:
			() --

Padre de familia/tutor legal # 2:

☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro: _____

¿Vive el estudiante con esta persona? ☐ Sí ☐ No Idioma para comunicarse _____

Educación del padre de familia/tutor legal: ☐ Maestría o más alto ☐ Graduado de la universidad (CorrLng)

☐ Graduado de la secundaria ☐ No se graduó de la secundaria ☐ Pocos estudios en la universidad o bachillerato

Nombre:	Apellido	Primer nombre	Teléfono principal:
			() --
Domicilio si es diferente del domicilio principal:			Teléfono del trabajo: Ext.
			() --
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección electrónica: _____			Tel. celular:
			() --

CONTACTOS EN CASO DE UNA EMERGENCIA:

Contacto en caso de emergencia #1

Tipo: ☐ Familiar _____ (relación con el estudiante)
☐ Amigo ☐ Niñera ☐ Otro: _____

Nombre:	Apellido	Primer nombre	Teléfono principal:
			() --

Contacto en caso de emergencia #2

Tipo: ☐ Familiar _____ (relación con el estudiante)
☐ Amigo ☐ Niñera ☐ Otro: _____

Nombre:	Apellido	Primer nombre	Teléfono principal:
			() --

Contacto en caso de emergencia #3

Tipo: ☐ Familiar _____ (relación con el estudiante)
☐ Amigo ☐ Niñera ☐ Otro: _____

Nombre:	Apellido	Primer nombre	Teléfono principal:
			() --

Información médica del estudiante

Nombre del estudiante: _____

No sufre de problemas de salud regularmente: ☐

Por favor marque las cajas y especifique cuando sea necesario:		Problema(s) de salud	Medicina(s) para el problema	Tomado en casa	**Para tomar en la escuela
☐		Problemas de salud emocionales/mentales		☐	☐
☐		Deficiencia de atención (ADD/ADHD)		☐	☐
☐		Autismo		☐	☐
☐		Anafilaxia/Epi-Pen		☐	☐
		Alergia a la fruta seca ☐ Media ☐ Moderada ☐ Grave		☐	☐
		Alergia (otras) ☐ Media ☐ Moderada ☐ Grave Especifique:		☐	☐
		Asma ☐ Media ☐ Moderada ☐ Grave		☐	☐
☐		Impedimento neurológico		☐	☐
☐		Condición respiratoria		☐	☐
☐		Diabetes Tipo I		☐	☐
☐		Diabetes Tipo II		☐	☐
☐		No tolera la lactosa		☐	☐
☐		Parálisis Cerebral		☐	☐
☐		Migrañas y otros dolores de cabeza		☐	☐
☐		Problemas digestivos		☐	☐
☐		Convulsiones		☐	☐
☐		Anormalidades del sistema inmune		☐	☐
☐		Reacción adversa a las medicinas		☐	☐
☐		Problemas para escuchar		☐	☐
☐		Dificultad del habla		☐	☐
☐		Anomalías congénitas/de nacimiento		☐	☐
☐		Escoliosis		☐	☐
☐		Enfermedad del corazón		☐	☐
☐		Problemas de la vista - Anteojos/Lentes de contacto		☐	☐
☐		Oncología (Cáncer)		☐	☐
☐		Trasplante de órganos		☐	☐
☐		Concusión		☐	☐
Otros problemas de salud actuales:					
Haga una lista de las necesidades físicas de cuidado de salud en la escuela (no incluya las medicinas), por ejemplo: Silla de ruedas, Tubo G para comer, nebulizador, etc.:					
** Para que un estudiante pueda tomar medicina en la escuela durante el día de clases, el doctor y el padre/madre debe llenar el formulario de "Petición para Tomar Medicina Durante el Horario de Clases" (Request for Medication to be Taken During School Hours).					

Firma del padre de familia/tutor legal

Fecha