DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR DE LOS MOLINOS
FORMA DE INSCRIPCION GRADOS TK-8

CIRCULE NIVEL DE GRADO: TK* K 1 2 3 4 5 6 7 8
*Estudiantes TK cumplen 5 entre Sept. 2 y Dec. 2

INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE

Apellido Completo	Primer Nombre Completo	Segundo Nombre Completo	Macho o Hembra
Fecha de Nacimiento	Ciudad de Nacimiento	Estado de Nacimiento	Pais (sino aparte de USA)

Domicilio Físico	**Residencia Principal de Estudiante**
Ciudad/Estado/Código Postal	☐ Madre y Padre ☐ Madre ☐ Padre
Domicilio de Correspondencia (si diferente de domicilio físico)	☐ Otro _____

Por favor indíquenos su dirección de correo electrónico. Correo electrónico puede usarse para la comunicación de la escuela de maestros, administración o la oficina personal con respecto a los horarios de clase, boletines escolares, recordatorios y anuncios especiales.

Domicilio Electrónico Primario	Domicilio Electrónico Secundario

¿Cuál es el origen étnico de su hijo? (ciclo uno) Hispano o Latino No Hispano o Latino

¿Qué es la raza de su hijo? No importa lo que selecciono anteriormente, por favor indicar lo que consideras tu raza.

Indio Americano o Nativo de Alaska	Blanco	Chino	Samoano	Japonés	Negro o Afroamericano
Camboyano	Coreano	Japonés	Tahitian	Vietnamita	Indio Asiático
Laosianos	Hmong	Hawaiano	Guamana	Filipino	otro Asiático
otros Isleños del Pacífico					

MILITARIO - ¿Padre o Guardian es un miembro activo del militario? Si No ¿Si, si cual clase?

EXPERENCIA ESCOLAR PREVIA

Ultima Escuela que Asistio			Ciudad/Estado de Ultima Escuela		
¿Algunos Servicios Especiales Nesecitados?	**SI**	**NO**	¿Hay algun IEP Corriente?	**SI**	**NO**
¿Algunos Servcios Nesecitados de Habla?	**SI**	**NO**	¿Hay algun IEP Corriente?	**SI**	**NO**

Círcule cualquier servicio que su hijo/a está o ha tomado en las escuelas anteriores.

Habla Clases Especiales de Dia Recursos Bilingüe/Programa ELD

PERMISOS DE PADRES/GUARDIANES

Doy permiso a mi hijo ser fotografiado o en cinta de audio/vídeo para publicaciones escolares, periódico y canales de noticias locales.	**SI**	**NO**
Yo doy permiso a LMUSD Mostrar el trabajo de mi hijo relacionados con académicos, atletismo, música o trabajo en el sitio web del distrito.	**SI**	**NO**

INFORMACION DE MADRE (o guardian)

Si no es la madre, ¿Cual es su relacion al estudiante? **Madrastra** **Madre Adoptiva** **Otro**:_____

Primer Nombre	Apellido
Número Celular	Domicilio Físico
Teléfono de Hogar	Domicilio de Correspondencia
Teléfono de Trabajo	Nota: Si la dirección física o correo electrónico fuera de nuestro distrito escolar, verificación de domicilio debe proporcionarse y una transferencia del distrito de inter que deben ser completados antes de que su estudiante pueda asistir a la escuela.
Lugar de Emlpeo	

¿Cuál es su origen étnico? (circule uno) Hispano o Latino No Hispano o Latino

¿Qué es la carrera de su hijo? No importa lo que seleccionaste anteriormente, por favor indicar lo que consideras tu raza.

Indio Americano o Nativo de Alaska	Blanco	Chino	Samoano	Japonés	Negro o Afroamericano
Camboyano	Coreano	Japonés	Tahitian	Vietnamita	Indio Asiático
Laosianos	Hmong	Hawaiano	Guamana	Filipino	otro Asiático
otros Isleños del Pacífico					

Nivel más alto de educación completado:

☐ No un Graduado de Secundaria ☐ Graduado de Secundaria ☐ Grado de Asociado
☐ Graduado de Colegio ☐ Grado de Asociado o mas alto

INFORMACION DE PADRE (o guardian)

Si no es la padre, ¿Cual es su relacion al estudiante? **Padrasto** **Padre Adoptivo** **Otro**:_____

Primer Nombre	Apellido
Número Celular	Domicilio Físico
Teléfono de Hogar	Domicilio de Correspondencia
Teléfono de Trabajo	Nota: Si la dirección física o correo electrónico fuera de nuestro distrito escolar, verificación de domicilio debe proporcionarse y una transferencia del distrito de inter que deben ser completados antes de que su estudiante pueda asistir a la escuela.
Lugar de Emlpeo	

¿Cuál es su origen étnico? (circule uno) Hispano o Latino No Hispano o Latino

¿Qué es la raza de su hijo? No importa lo que seleccionaste anteriormente, por favor indicar lo que consideras tu raza.

Indio Americano o Nativo de Alaska	Blanco	Chino	Samoano	Japonés	Negro o Afroamericano
Camboyano	Coreano	Japonés	Tahitian	Vietnamita	Indio Asiático
Laosianos	Hmong	Hawaiano	Guamana	Filipino	otro Asiático
otros Isleños del Pacífico					

Nivel más alto de educación completado:

☐ No un Graduado de Secundaria ☐ Graduado de Secundaria ☐ Grado de Asociado
☐ Graduado de Colegio ☐ Grado de Asociado o mas alto

INFORMACION LEGAL/CUSTODIA

¿La persona anterior es guardian LEGAL del estudiante? **SI** **No** (debe completar una declaración jurada de cuidado)
¿Los padres son separados o divorciados? **SI** **No** Si **SI**, quien tiene la costodia fisica? _____
¿Hay órdenes de alejamiento o papeles de custodia que afectan a este niño? **SI***** **No**

***Si es así, usted debe proveer copias a la oficina de la escuela.

Si, en caso de accidente de enfermedad que requiera atención médica, o cirugia, puede comunicarse con la escuela padre o guardian, yo doy mi permiso para que cualquier médico disponible o centro médico para atienda a mi hijo/a.

_____ _____
Firma de Padre/Guardián Fecha

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS MOLINOS
INFORMACION DE SALUD & EMERGENCIA

Nombre de Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA DE ENFERMEDAD	AÑO	HISTORIA DE ENFERMEDAD	AÑO	HISTORIA DE ENFERMEDAD	AÑO
Varicela		Neumonia		Meningitis	
Paperas		Hepatitis Infectuosa		Infecciones de Oidos	
Escarlatina		Tuberculosis		Otro	
Tos Ferina		Fiebre Reumatica		Fecha de Ultima vacuna de Tetano	

Salud General

1. Tiene las siguientes condiciones:

Asma ☐
Artritis ☐
Diabetes ☐
Condicion del Corazon ☐
Ataques ☐
Desmayo ☐
Migrañas ☐
Epilepsia ☐
ADHD ☐
Desaventaja Fisica ☐
Otra: _____

2. Lista de Medicamentos recetados: _____
   Dosis corriente: _____
   Para (diagnosis): _____
   Recetado por Dr. _____
   Numero del Doctor _____
   Medicamento debe ser tomado durante la escuela? _____

3. Su hijo/a tiene una condicion fisica que limita su paraticipacion en actividades de clase o educacion fisica?
   Si si favor de explicar: _____
   _____

Ojos

Usa Lentes ☐
Usa Contactos ☐
Deben ser usados todo el tiempo ☐
Fecha de ultimo examen: _____
Oculista: _____
Numero Telefonico: _____

Oidos

Tiene problema de oir ☐
Usa aparato de oidos ☐
Tiene tubos de oidos ☐
Asiento Preferencial ☐
Doctor Primario: _____
Numero Telefonico de Dr: _____
Comentarios: _____

Favor de indicar cualquier cirugias, lesiones o enfermedades que su hijo/a puede haber tenido: _____
Favor de explicar: _____

☐ **Marque aqui si NO hay problemas de salud conocidas.**

Nombre de persona a quien su hijo/a pueda ser liberado en caso de que no podamos comunicarnos con usted.

1. Nombre: _____ Relacion: _____ Vive con Estudiante: _____
   # Primario: _____ Alternativo: _____
2. Nombre: _____ Relacion: _____ Vive con Estudiante: _____
   # Primario: _____ Alternativo: _____
3. Nombre: _____ Relacion: _____ Vive con Estudiante: _____
   # Primario: _____ Alternativo: _____
4. Nombre: _____ Relacion: _____ Vive con Estudiante: _____
   # Primario: _____ Alternativo: _____
5. Nombre: _____ Relacion: _____ Vive con Estudiante: _____
   # Primario: _____ Alternativo: _____

Si usted desea agregar mas nombres, favor de agregar otra pagina a este formulario.

INFORMACION DE EMERGENCIA / ALERGIA

Nombre de Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

TIPO DE ALERGIA

Marque la caja para cualquier alergia que su hijo/a a experimentado.

☐ Medicamento (describa)	☐ Comida (describa)
☐ Alergenos Ambientales (describa) (polvo, ácaros, molde, mascotas, zacate, etc.)	☐ Picaduras/Mordeduras de Insecto (describa)

Si cambios de dieta son medicamente necesarias, un orden del doctor con diagnosis es requerido.

Comentario: _____

SINTOMAS DE ALERGIA - Marque la caja por cada sintoma que su hijo/a ha experimentado.

☐ Ronchas o Ronchas gigantes	☐ Hinchazon de:
☐ Dificultad respirando - sibilancia	☐ Dificultad comiendo
☐ Choque	☐ Otro (describa):
☐ Desmayo, mareos	

Por favor conteste si o no a las proximas preguntas.

1. Su hijo/a ha visto el doctor por alguna alergia indicada arriba? Si o No
2. Su hijo/s ha sido hospitalizado por cualquier evento de alergia? Si o No
3. Medicamento es necesario inmediatemente despues de la exposicion a algun tipo de sustancia alergia? Si o No

   *Si **SI**, debemos tener las dos formas de medicamento y la autorizacion firmadas por el doctor.*

Favor de leer y poner sus iniciales:

_____ El Codigo de Educacion de California 49408 indica que para la proteccion de la salud de los alumnos y el bienestar, la mesa directiva de un distrito escolar puede obligar a los padres de un alumno a mantenerse al dia en la escuela del estudiante de asistencia. Informacion de emergencia incluyendo el domicilio y numero de telefono, domicilio y numero de telefono de los padres/tutores y el numero de telefono, direccion y telefono de un familiar o amigo que este autorizado para cuidar al alumno en cualquier situacion de emergencia si el padre o tutor no se pueda lograr comunicar.

INICIALES DEBEN SER EN <u>UNO</u> POR PADRE/GUARDIAN

Situacion de Emergencia

_____ En caso de emergencia, cuando el padre o tutor no esta disponible, yo autorizo a personal de la escuela hacer los arreglos para que mi hijo/a reciba atencion medica/hospitalizacion, incluyendo el transporte necesario, segun su mejor juicio. Autorizo a tal cuidado y tratamiento a ser realizado por un medico o cirujano licensiado. Estoy de acuerdo en pagar todos costos incurridos como resultado de lo anterior.

_____ Yo **NO** deseo escojer la declaracion mencionada arriba y deseo la proxima accion en el evento de emergencia. _____

Entiendo que el Distrito Unificado Escolar de Los Molinos no proporciona seguro medico de accidentes para los estudiantes de la escuela relacionadas con lesiones pero ofrecen seguro de accidente de estudiantes para compra voluntaria. Tambien entiendo que puedo pedir esta informacion y la aplicacion de este programa en la oficina de la escuela en cualquier momento.

Imprima el Nombre de Padre/Guardian

Firma de Padre/Guardian

CUESTIONARIO/DECLARACIÓN JURADA SOBRE LA RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

La finalidad de este documento es en referencia a la Ley McKinney-Vento para Ayuda a las Personas sin Hogar (McKinney-Vento Assistance Act). Sus respuestas ayudarán a determinar que documentos son necesarios para matricular a su hijo(a) con rapidez.

Estudiante:_____ Fecha de Nacimiento_____

Escuela:_____ Grado:_____

1. ¿Viven usted y su hijo (a) en:
   - ❑ Refugio (Albergue, Hogar Transicional, Refugio PATH)
   - ❑ Motel/Hotel
   - ❑ Temporalmente con otra familia en una casa, casa móvil o apartamento
   - ❑ Automóvil o Vehículo Recreacional (RV)
   - ❑ Campamento
   - ❑ Vivienda unifamiliar (casa, casa móvil o apartamento)
   - ❑ Otro Lugar _____

2. ¿Está actualmente sin hogar o viviendo con otra familia debido a un desastre natural? ▫ Sí ▫ No
(Si la respuesta es sí, nombre del desastre: _____)

3. El estudiante vive con:
   - ❑ Uno o ambos padres
   - ❑ Un guardián legal (por favor de adjuntar documentación judicial)
   - ❑ Padre adoptivo (por favor de adjuntar documentación judicial)
   - ❑ Un adulto familiar (relación: _____)
   - ❑ Amigo (s)
   - ❑ Un adulto que no es su tutor legal
   - ❑ Solo, sin ningún adulto

4. Yo:
   - ❑ soy el padre/madre o tutor legal del estudiante nombrado anteriormente
   - ❑ soy el estudiante
   - ❑ soy un adulto calificado, familiar del estudiante nombrado anteriormente

(Parentesco _____)

Declaro, bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del Estado de California, que la información anterior es verdadera y correcta y mi mejor conocimiento personal.

Firma: _____ Fecha: _____

Escriba su nombre en letra de imprenta: _____

Residencia: _____
Calle Ciudad Código Postal

Dirección: _____
Calle Ciudad Código Postal

Número de teléfono: ( ) _____ Número de teléfono celular: ( ) _____

Nombre de Estudiante_____

Fecha de Nacimiento_____ #de Estudiante_____

Escuela_____

Grado_____ Fecha_____

Distrito Escolar Unificado de Los Molinos
Encuesta sobre el idioma del hogar – Español

El Código de Educación de California 52164.1 (a) requiere que las escuelas determinen el idioma (s) hablado en casa por cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas proporcionen instrucción significativa a todos los estudiantes. Como padres o tutores, se solicita su cooperación para cumplir con el requisito legal. Responda a cada una de las cuatro preguntas que se enumeran a continuación con la mayor precisión posible. Para cada pregunta, escriba el nombre del idioma que se aplica en el espacio provisto. Por favor, no deje ninguna pregunta sin respuesta.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando comenzó a hablar? _____
2. ¿Cuál idioma habla su hijo con más frecuencia en casa? _____
3. ¿Cuál idioma usa usted (con más frecuencia los padres o tutores) cuando habla con su hijo? _____
4. ¿Qué idioma se habla más a menudo por los adultos en el hogar? (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto) _____

Estado de California
Departamento de Educación

_____
Firma del padre o tutor/ Fecha

IDENTIFICACIÓN INICIAL – SOLO PARA USO ESCOLAR	
1__ English Only	Primary Language Assessment Date:_____ District Language Assessment Score:_____
Initial CELDT/ELPAC Assessment Date:_____ Score: B EI I EA A Language Classification: 2__ Initially Fluent English Proficiency (IFEP) 3__ English Learner (EL) 4__ Reclassified (RFEP) Date _____	

Original to Student Cum; Copy to EL Site Coordinator

LMUSD Revised 09/17