

Nombre de la escuela _____	Alexander Valley Union School District	ID # _____
Fecha de la matrícula _____ Grado _____	Formulario de Matriculación (Completarse ambos lados)	SSID # _____

Información sobre el estudiante

Nombre legal del estudiante _____			
apellido paterno		primer nombre	segundo nombre
Nombre de la familia si no es el mismo de arriba _____			
Dirección de la casa _____			
número de la casa	nombre de la calle	tipo (ave., St., Rd., etc.)	# de ap.

ciudad	código postal	teléfono de la casa	
Dirección de la casa (si no es la de arriba) _____			
Sexo	M	F	Fecha de nacimiento _____
Lugar de nacimiento _____			
ciudad		estado	país

Si el estudiante nació fuera de los EE.UU., dé la fecha de ingreso _____

Circule el servicio de educación especial que se necesita (sólo uno) Ninguno RS LH SH ED el habla plan 504? Sí No
Tiene un Plan de Apoyo para su Comportamiento? Sí No

Información sobre su matriculación previa

¿Ha tenido que reprobar, el estudiante algún grado de estudio? Sí No grado(s) _____

Nombre de la última escuela donde el estudiante asistió

nombre de la escuela		dirección de la escuela		ciudad

estado	teléfono	fecha de matriculación	fecha de salida	grado

Primera fecha de asistencia en la escuela en los EE.UU. _____				
		fecha	grado	

Primera fecha de matricularse en una escuela en California _____				
		fecha	grado	

Información sobre expulsiones

¿Ha sido el estudiante expulsado de una escuela? Sí No
Si fue expulsado ¿por qué razones? _____

Si fue expulsado, ¿de qué escuela? _____

distrito grado

Identificación étnica

¿Su niño es el hispano o latino? (Seleccione sólo un)

- ☐ No, no hispano o latino
☐ Sí, hispano o latino

Nacionalidad: la susodicha pregunta es sobre la pertenencia étnica, no la raza. Sea lo que haiga maricado arriba seleccionó encima, por favor siga contestando lo siguiente marcando una o varias cajas para indicar lo que usted piensa que su raza es:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> indígena americano | <input type="checkbox"/> japonés |
| <input type="checkbox"/> hindú | <input type="checkbox"/> coreano |
| <input type="checkbox"/> negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> laosiano |
| <input type="checkbox"/> camboyano | <input type="checkbox"/> otro tipo de asiático |
| <input type="checkbox"/> chino | <input type="checkbox"/> otro tipo de islandés |
| <input type="checkbox"/> filipino | <input type="checkbox"/> samoano |
| <input type="checkbox"/> guameño | <input type="checkbox"/> tahitiano |
| <input type="checkbox"/> hawaiano | <input type="checkbox"/> vietnamés |
| <input type="checkbox"/> hmong | <input type="checkbox"/> blanco (no hispano) |

Información médica

Condiciones médicas

Ponga un cheque en todas las cajitas que se apliquen al niño

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> infecciones de la oreja | <input type="checkbox"/> migrañas |
| <input type="checkbox"/> alergias | <input type="checkbox"/> desorden de alimentación | <input type="checkbox"/> distrofia muscular |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> desorden emocional | <input type="checkbox"/> esqueleto muscular |
| <input type="checkbox"/> inhalador | <input type="checkbox"/> audífono | <input type="checkbox"/> aparato prostético |
| <input type="checkbox"/> aguijón de abeja | <input type="checkbox"/> problema auditorio | <input type="checkbox"/> ataques epilépticos |
| <input type="checkbox"/> cajita para agujiones | <input type="checkbox"/> problema cardiaco | <input type="checkbox"/> problema epidérmico |
| <input type="checkbox"/> desorden de la sangre | <input type="checkbox"/> hernia | <input type="checkbox"/> problema estomacal |
| <input type="checkbox"/> cáncer | <input type="checkbox"/> hipoglucemia | <input type="checkbox"/> condición de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> fibrosis cística | <input type="checkbox"/> riñón/ vejiga | <input type="checkbox"/> síndrome de tourette |
| <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> problema menstrual | <input type="checkbox"/> visión/ anteojos |
| <input type="checkbox"/> Otro problema: _____ | | |

Medicamentos regulares

Nombre	Dosis (¿cuánto?)	¿A qué horas se da?

Nombre del doctor _____ teléfono _____		

En el caso de un accidente o emergencia, doy permiso al personal de la escuela o al contacto de emergencia para que lleve a mi hijo a cualquier médico u hospital que esté disponible y solicitar sus servicios. Sí No

Si usted circuló NO, escriba lo que se debe hacer: _____

Tipo de seguro médico

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Healthy families | <input type="checkbox"/> Seguro de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Seguro privado | <input type="checkbox"/> HMO | <input type="checkbox"/> Ninguno |

Ambiente del hogar

La persona con la cual vive el estudiante

Circule uno

madre

madrastra

apoderado

otra persona _____

apellido	nombre	profesión
lugar de empleo	ciudad	teléfono de trabajo
celular/ teléfono para dejar recados	dirección electrónica	

Nivel de educación (elijá uno)

- ☐ no se graduó de la secundaria
- ☐ un poco de estudios universitarios (inclusive el título AA)
- ☐ se graduó de la secundaria
- ☐ se graduó de la universidad (título de cuatro años)
- ☐ título/ entrenamiento técnico
- ☐ título mayor (doctorado o maestría)

Circule uno

padre

padrastra

apoderado

otra persona _____

- ☐ no se graduó de la secundaria
- ☐ un poco de estudios universitarios (inclusive el título AA)
- ☐ se graduó de la secundaria
- ☐ se graduó de la universidad (título de cuatro años)
- ☐ título/ entrenamiento técnico
- ☐ título mayor (doctorado o maestría)

Otros niños que viven en el hogar

nombre	fecha de nacimiento	nombre	fecha de nacimiento
nombre	fecha de nacimiento	nombre	fecha de nacimiento

Otra información de la familia

¿No vive uno de los padres naturales del estudiante en la casa?

Sí

No

apellido	nombre	teléfono de casa	
dirección	ciudad	estado	código postal

¿Está la escuela autorizada a entregar el estudiante a esta persona?

Sí

No

¿Hay una orden de la corte acerca de la custodia del niño? (Si hay, usted tiene que darle a la escuela una copia de la orden más reciente)

Nivel de educación (elijá uno)

- ☐ no se graduó de la secundaria
- ☐ un poco de estudios universitarios (inclusive el título AA)
- ☐ se graduó de la secundaria
- ☐ se graduó de la universidad (título de cuatro años)
- ☐ título/ entrenamiento técnico
- ☐ título mayor (doctorado o maestría)

Vivienda transitiva

A veces los padres se encuentran en una situación de vivienda transitiva debido a la pérdida de su hogar. La vivienda transitiva incluye a las familias que viven en refugios temporales, hoteles, acampamentos, edificios abandonados, carros, parques de casas rodantes y a las familias que comparten su hogar con otros.

☐ Vivienda transitiva

☐ Hogar temporal (foster)

Encuesta del idioma de casa

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen qué idioma hablan los estudiantes en casa. Esta información es esencial para que las escuelas puedan dar instrucción eficaz a todos los estudiantes.

Se le pide que usted coopere con nosotros para cumplir con este requisito importante.

El primer idioma que estudiante habló fue _____

El idioma que el estudiante habla más en casa es _____

El idioma que se habla más al estudiante es _____

El idioma que los adultos hablan más en casa es _____

¿Necesitan los padres que se les envíe información en un idioma que no sea inglés?
Sí No Si así es, ¿en qué idioma? _____

Persona para contactar en caso de una emergencia

(y si los padres no están disponibles)

La escuela sólo puede entregar el estudiante a la persona que tiene custodia legal del niño (o sea, la persona que inscribió al estudiante en la escuela y la persona con la cual el estudiante vive) o a la persona designada abajo. Esta persona tiene que tener, por lo menos, dieciocho años de edad.

No ponga más de cuatro contactos

Relación con el estudiante	Nombre	Celular/ Teléfono para recados

¿Es uno de los padres en el servicio militar activo?

Yes ☐ No ☐

Firma de uno de los padres o del apoderado, fecha