

REGISTRO DE NUEVO INGRESO DE ESTUDIANTE

AREA EN SOMBRA ES SOLAMENTE PARA USO OFICIAL

STUDENT I.D. NO.

SCHOOL	ADMISSION REASON	ENTRY DATE	GRADE	ADMISSION STATUS	FT/PT	GRAD YEAR	HOME RM	COUNSELOR (OR TEACHER) NAME
PROOF OF AGE <input type="checkbox"/> BIRTH CERTIFICATE <input type="checkbox"/> PASSPORT <input type="checkbox"/> OTHER		PROOF OF ADDRESS <input type="checkbox"/> UTILITY BILL(S) <input type="checkbox"/> OTHER		LOCKER NO.		ROUTE #		<input type="checkbox"/> P/P <input type="checkbox"/> SPEC ED <input type="checkbox"/> TAG <input type="checkbox"/> TITLE I <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> ELL

INSTRUCCIONES: El registro es requerido para uso oficial. Las preguntas son sobre informacion importante que ayudara a proveer servicios para su alumno. Si necesita ayuda en llenar este registro, contacta a su escuela. Escribir claro con una pluma negra, completando los dos lados. Si su informacion cambia en el futuro, notifica a la escuela de inmediato.

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

1. APELLIDO LEGAL		2. PRIMER NOMBRE LEGAL		3. SEGUNDO NOMBRE		4. SUFIJO		5. APELLIDO USADO (si es diferente)		6. PRIMER NOMBRE DE PREFERENCIA		7. SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
8. FECHA DE NACIMIENTO / /		9. TELEFONO ()		10. NO REGISTRADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		(Las regulaciones federales y estatales requieren las siguientes dos preguntas para reportes de estadísticas)		11a. ETHNICIDAD Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		11b. RAZA <u>Selecciona por lo menos una</u> <input type="checkbox"/> Indigena Americana o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco			
10a. PAIS DE NACIMIENTO O ESTADO (si dentro de los EEUU)				12. DOMICILIO (Calle, Numero y Numero de Departamento)		13. CIUDAD		14. ESTADO	15. CODIGO POSTAL		16. CORREO ELECTRONICO DEL ALUMNO		
17. DIRECCION DE CORREO (Si es diferente al domicilio)				18. CIUDAD		19. ESTADO	20. CODIGO POSTAL		21. DISTRITO ESCOLAR ANTERIOR				
22. ESCUELA ANTERIOR		23. FECHAS ASISTIDO		24. DIRECCION DE ESCUELA ANTERIOR				25. TELEFONO DE ESCUELA ANTERIOR ()					
26. Es el alumno, padre o abuelo miembro de un tribu indigena Americana reconocido por el gobierno federal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (ESTA INFORMACION ESTABLECE LA POSIBILIDAD DEL DISTRITO PARA FONDOS FEDERALES BAJO TITULO VII-A DE NCLB (NO CHILD LEFT BEHIND ACT). SI MARCAN SI, MANDAREMOS MAS INFORMACION A CASA)				27. USA OTRA IDIOMA (NO EL INGLES) COMO PRIMER IDIOMA O EN CASA Y CON AMIGOS? SI <input type="checkbox"/> (Si su respuesta es <SI> servicios de ESL/Bilingues NO <input type="checkbox"/> se proveeran solamente con una evaluacion)				Si <SI>, completa lo siguiente:					
• El primer (u otro) idioma del alumno:		• Idioma hablado en casa o con amigos:		• El idioma que usa el alumno mas seguido:		• Si <SI>, manda los materiales a casa en el idioma usado en casa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		• Solicita un interprete? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

INFORMACION DE PADRES/TUTORES (Numeros de telefono y correos electronicos seran usados para distribuir informacion importante de la escuela y distrito)

28. EL ALUMNO VIVE CON: (escoge uno) <input type="checkbox"/> LOS DOS PADRES <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> PADRES ADOPTIVOS <input type="checkbox"/> OTRO:				29					
30. PADRE O ADULTO RESPONSABLE: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____				31. APELLIDO		32. PRIMER NOMBRE		33. Contactar en caso de emergencia SI <input type="checkbox"/> : NO <input type="checkbox"/>	
34. DOMICILIO Vive con el alumno? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si <NO>, llena la caja #35 e indica aqui <input type="checkbox"/> Igual que el domicilio del alumno? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> para recibir una copia de las calificaciones y correspondencia.				35. DIRECCION DIFERENTE		36. CIUDAD		37. ESTADO	38. CODIGO POSTAL
39. TELEFONO ()		40. TELEFONO CELULAR ()		41. TELEFONO DEL TRABAJO ()		42. CORREO ELECTRONICO			
43. HABLA INGLES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <NO>, SU PRIMER IDIOMA:		44. Le interesa SI <input type="checkbox"/> ser voluntario: No <input type="checkbox"/>	45. VIVE/TRABAJA EN PROPIEDAD FEDERAL: Federal <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> (ESTABLECE SI EL DISTRITO ES ELEGIBLE PARA FONDOS FEDERALES)		46. Activo militar tiempo completo formación o técnicos militares estado dual YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
47. PADRE O ADULTO RESPONSABLE: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____				48. APELLIDO		49. PRIMER NOMBRE		50. Contactar en caso de emergencia SI <input type="checkbox"/> : NO <input type="checkbox"/>	
51. DOMICILIO Vive con el alumno? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si <NO>, llena la caja #52 e indica aqui <input type="checkbox"/> Igual que el domicilio del alumno? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> para recibir una copia de las calificaciones y correspondencia.				52. DIRECCION DIFERENTE		53. CIUDAD		54. ESTADO	55. CODIGO POSTAL
56. TELEFONO ()		57. TELEFONO CELULAR ()		58. TELEFONO DEL TRABAJO ()		59. CORREO ELECTRONICO			
60. HABLA INGLES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <NO>, SU PRIMER IDIOMA:		61. Le interesa SI <input type="checkbox"/> ser voluntario: No <input type="checkbox"/>	62. VIVE/TRABAJA EN PROPIEDAD FEDERAL: Federal <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> (ESTABLECE SI EL DISTRITO ES ELEGIBLE PARA FONDOS FEDERALES)		63. Activo militar tiempo completo formación o técnicos militares estado dual SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

CONTACTOS ADICIONALES EN CASO DE EMERGENCIA Puede usar una hoja separada para apuntar contactos adicionales si necesita.

Asegura que la informacion de emergencia es correcta. En caso de emergencia, los padres/tutores en la primera pagina seran contactados primero, al menos que indica lo contrario aqui.

64 CONTACTO DE EMERGENCIA APELLIDO	65. PRIMER NOMBRE	66. RELACION	67. LLAMAR: <input type="checkbox"/> 1ero <input type="checkbox"/> 2ndo <input type="checkbox"/> 3ero <input type="checkbox"/> 4o
68. TELEFONO. ()	69. TELEFONO CELULAR ()	70. TELEFONO DEL TRABAJO ()	71. Al poner a esta persona como contacto de emergencia, usted la autoriza para recoger a su hijo de la escuela si usted no puede ser contactado.
72 CONTACTO DE EMERGENCIA APELLIDO	73. PRIMER NOMBRE	74. RELACION	75. LLAMAR: <input type="checkbox"/> 1ero <input type="checkbox"/> 2ndo <input type="checkbox"/> 3ero <input type="checkbox"/> 4o
76. TELEFONO. ()	77. TELEFONO CELULAR ()	77. TELEFONO DEL TRABAJO ()	79. Al poner a esta persona como contacto de emergencia, usted la autoriza para recoger a su hijo de la escuela si usted no puede ser contactado.

INFORMACION MEDICA

El personal de la escuela necesita saber si su hijo tiene alguna condicion medica con que pudieran tener que ayudar durante el dia escolar. Recuerda avisar a la escuela sobre cambios de informacion.

80. NOMBRE DE DOCTOR(Opcional)	81. TELEFONO (Opcional) ()	82. NOMBRE DE DENTISTA (Opcional)	83. TELEFONO (Opcional) ()
82a. DENTAL CERTIFICATE (only for PreK-7 years old - 1st time enrolling in public school) <i>Mark one box</i> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OPT OUT (Religious reasons) <input type="checkbox"/> PROVIDED to previous school			
82a. DENTAL CERTIFICATE (solamente por primera vez enlistado en escuelas publicasl, Prek-7 anos) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OPTar por no			
84. HOSPITAL PREFERIDO		85. EMS (El sistema medica de emergencia) toma la decision final en cuanto a donde esta el mejor lugar disponible para recibir atencion medica cuando eventos de enfermedad grave, accidentes, o de emergencia requieren transporte a un hospital. Si es posible, la escuela avisara EMS de su hospital preferido.	
86. SEGURO MEDICO (opcional)	87. SELECCIONE CONDICIONES MEDICAS: <input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> Alergias Serias: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca <input type="checkbox"/> Ataques Convulsivas Fecha de Diagnostico: <input type="checkbox"/> Otro:		
88. OTRAS NECESIDADES MEDICAS EN LA ESCUELA	89. MEDICINA PARA TOMAR EN LA ESCUELA (Apunta aqui y completar la forma para Autorizacion de Medicamentos)		90. FECHA DE LA ULTIMA EVALUACION MEDICA:

HERMANOS (Actualmente inscritos en una escuela dentro de este distrito) Usa otra forma para añadir mas hermanos.

91 HERMANO APELLIDO	92. PRIMER NOMBRE	93. RELACION	94. EDAD	95. SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	96. ESCUELA	97. GRADO
98 HERMANO APELLIDO	99. PRIMER NOMBRE	100. RELACION	101. EDAD	102. SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	103. ESCUELA	104. GRADO
HERMANO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	RELACION	EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESCUELA	GRADO
HERMANO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	RELACION	EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESCUELA	GRADO

PLAN INDIVIDUAL DE EDUCACION (I.E.P.) Y UN PLAN 504 **INFORMACION GENERAL**

105. Tiene el alumno un Plan de Educacion Individual actualmente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	106. Tiene un Plan Seccion 504? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	107. Tienen acceso de internet en casa? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

PERMISOS / AUTORIZACIONES

Por notificaciones anuales con informacion del directorio, formas de estudiante, reclutamiento militar, y proteccion de los derechos estudiantiles, vea el manual del distrito para padres y estudiantes.

108. Bajo ley federal y politica de la escuela, el distrito puede publicar la siguiente informacion sin consentimiento por anticipado: Nombre del Alumno, participacion en actividades oficialmente reconocidos y deportes, peso y altura de miembros de equipos atleticos, diplomas, honores y premios recibidos, area de estudio, fechas de asistencia y la escuela asistida previamente. Si no quiere que esta informacion sea publicado, contacta a la escuela para presentar una peticion por escrito. Este formulario debe completar cada año [Publicity Denial & Non-Release of Information Form].
Las fotografias de alumnos se usan por lo general en los anuarios, hojas informativas, sitios web, medios sociales y otras publicaciones relacionados a la escuela. Si no quiere que las fotos de su alumno sean publicado o usado para estas fines o para las noticias, contacta a la escuela para presentar una peticion por escrito[Publicity Denial & Non-Release of Information Form].
Si no quiere que su nombre e informacion de contacto sea publicado para programas de voluntarios, contacta a su escuela para presentar una peticion por escrito[Publicity Denial & Non-Release of Information to School Directory Form].

110. FIRMA DEL PADRE/ ADULTO RESPONSABLE (Requerido) X	111. FECHA	112. FIRMA DEL PADRE/ ADULTO RESPONSABLE X	113. FECHA
-----------------------------------------------------------	------------	-----------------------------------------------	------------