

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

School: _____ Start Date: _____ Teacher: _____
 INTERdistrict Yes No INTRAdistrict: Yes No GATE Yes No
 DOB Verified: _____ Migrant Card _____ Date: _____
 Immunizations: Complete Incomplete Exempt
 Verified By: _____ Date: _____ Student ID# _____



Formulario de Matriculación Escolar K-8

				<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Segundo	Grado		
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Estado	País		

¿Este Estudiante ha:
 asistido a escuelas de Fallbrook anteriormente? Si No sido reprobado? Si No Si es sí, que grado? _____
 asistido al Pre-Escolar? Si No Si es sí, Cuando? _____ Donde? _____
 asistido las Escuelas Públicas de California? Si No Si respondió si, Donde? _____
 recibido servicios de Educación Especial? Si No
 recibido plan de adaptaciones 504? Si No
 calificado para el Programa GATE? Si No
 sido puesto en un contrato de SARB? Si No
 sido suspendido previamente y/o expulsado o está él/ella actualmente recomendado(a) para una expulsión? Si No

¿En qué fecha se matriculo por primera vez en una escuela en los Estados Unidos? (Día, Mes y Año) _____
 ¿Algún miembro de la familia trabaja o ha trabajado en los últimos tres años en empleo temporal relacionado con la agricultura (trabajo de campo), alimentos (fábricas de enlatado o emparadoras), industria pesquera, de madera o establos lecheros? Sí No
 ¿En qué idioma prefiere recibir correspondencia escolar? Inglés Español

Por mandato de leyes federales y estatales, por favor conteste las siguientes preguntas para identificar la etnicidad y raza de este estudiante. Esta información solamente será utilizada para reportar cantidades totales de estudiantes y no será publicada en ninguna forma que pudiera resultar personalmente identificable.

¿Es el origen étnico del estudiante Hispano o Latino? Si No

Por favor marque una o más de las siguientes opciones para indicar la raza del estudiante.

<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático -Chino	<input type="checkbox"/> Asiático- Japonés
<input type="checkbox"/> Asiático -Koreano	<input type="checkbox"/> Asiático-Vietnamita	<input type="checkbox"/> Asiático-Indio
<input type="checkbox"/> Asiático-Laosiano	<input type="checkbox"/> Asiático -Camboyano	<input type="checkbox"/> Asiático-Hmong
<input type="checkbox"/> Asiático-Otro	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Guameño
<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Tahitiano	<input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacifico
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Blanco

Domicilio del Estudiante

Domicilio (Calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
-------------------	--------	--------	---------------

Num. de Teléfono Principal: (_____) _____

Información de Residencia – ¿en donde está viviendo actualmente su hijo/a?

Hogar permanente de una sola familia Dos familias(compartiendo hogar por pérdidas o situación económica difícil)
 Motel/Hotel Sin vivienda (carro/campamento) Refugio o programa de vivienda temporal
 Hogar temporal para niños adoptivos Otro (especifique) _____

Nombre de la última escuela a la cual asistió el estudiante: _____

- Pública
 Privada

Domicilio: _____
Calle Ciudad Código Postal

Num. de Tel _____ Fax: _____

Información de Padres/Tutores

Padre/Tutor Legal #1

Relación al estudiante	Nombre completo	Tel. de Casa	Tel. del Trabajo
¿Puede recibir mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Num. de Celular	Correo electrónico (e-mail)		
Domicilio de correspondencia: _____			
Nivel de Educación Formal:			
<input type="checkbox"/> No termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios	
<input type="checkbox"/> Graduado de la universidad	<input type="checkbox"/> Graduado/postgraduado	<input type="checkbox"/> No desea declarar/desconocido	
Contacto Permitido:			
<input type="checkbox"/> Se le permite contacto con el estudiante	<input type="checkbox"/> Derechos Educativos	<input type="checkbox"/> Tiene Custodia (casos de divorcio)	
<input type="checkbox"/> Vive con el estudiante	<input type="checkbox"/> Recibir Correspondencia		
¿Militar Activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí: División _____ Rango: _____	Edificio # _____ Estación: _____	
No Militar - Empleado en Base Militar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Empleado en terreno Federal de Indios (casinos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Padre/Tutor Legal #2

Relación al estudiante	Nombre completo	Tel. de Casa	Tel. del Trabajo
¿Puede recibir mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Num. de Celular	Correo electrónico (e-mail)		
Domicilio de correspondencia: _____			
Nivel de Educación Formal:			
<input type="checkbox"/> No termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios	
<input type="checkbox"/> Graduado de la universidad	<input type="checkbox"/> Graduado/postgraduado	<input type="checkbox"/> No desea declarar/desconocido	
Contacto Permitido:			
<input type="checkbox"/> Se le permite contacto con el estudiante	<input type="checkbox"/> Derechos Educativos	<input type="checkbox"/> Tiene Custodia (casos de divorcio)	
<input type="checkbox"/> Vive con el estudiante	<input type="checkbox"/> Recibir Correspondencia		
¿Militar Activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí: División _____ Rango: _____	Edificio # _____ Estación: _____	
No Militar - Empleado en Base Militar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Empleado en Terreno Federal de Indios (casinos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Por favor ponga el nombre de tres personas que viven **localmente** además de los padres/tutores que podemos llamar si no podemos ponernos en contacto con los padres, o que puedan llevar al niño/a a casa o por ayuda médica en caso de emergencia. Su niño/a solo **PODRA IR CON LAS PERSONAS ESCRITAS EN ESTA FORMA.**

1. _____
 Persona Cuidando su niño/a Relación Dirección Teléfono

2. _____
 Persona responsable además de la persona arriba Relación Dirección Teléfono

3. _____
 Persona responsable además de la persona arriba Relación Dirección Teléfono

EN CASO DE ENFERMEDAD O LESION EL PADRE/ TUTOR SERA CONTACTADO A MENOS QUE USTED INDIQUE LO CONTRARIO A CONTINUACIÓN. ___ Por favor **NO CONTACTE** al padre o tutor legal a su trabajo.

En caso de un desastre, su niño/a permanecerá en le seguridad de la escuela, a menos que la emergencia requiera que haya evacuación. En ese caso, su niño/a será mandado a casa por su modo regular. En caso de que no se pueda comunicar con los padres o el doctor designado, el personal del distrito escolar está autorizado a usar su discreción en obtener ayuda médica. Sí No

Otros hermanos(as) del estudiante que viven en casa (incluya el apellido):

Nombre _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac _____	Nombre _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac _____
Nombre _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac _____	Nombre _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac _____

Declaro que la información presentada es correcta y verídica.

 Firma de Padre/Tutor

 Fecha