



DISTRITO ESCOLAR ROBLA FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor llene completamente. Por favor escriba "N/A" en lo que no es aplicable.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Apellido Legal _____

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Masculino
 Femenino

Grado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Numero de casa y calle _____ Apt _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono (____) _____ - _____ Si nació fuera de EE.UU., fecha de entrada EE.UU. ____/____/____

Fecha de Anotación Escuela EE.UU. ____/____/____ Grado entró escuela EE.UU. _____

El estudiante ha asistido previamente a una escuela pública de California? Si No

Última Fecha que Asistió ____/____/____

Última Escuela que Asistió _____ Ciudad _____ Estado _____

INFORMACIÓN DE PADRES / TUTOR

Nombre _____ Teléfono (____) _____ - _____

Relación al estudiante Padre Madre Padrastro Madrastra Tutor Legal Padre adoptivo

Vive con el estudiante Correo Electrónico _____

Dirección _____ Apt. _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Empleador _____ Teléfono del trabajo (____) _____ - _____

Nombre _____ Teléfono (____) _____ - _____

Relación al estudiante Padre Madre Padrastro Madastra Tutor Legal Padre adoptivo

Vive con el estudiante Correo Electrónico _____

Dirección _____ Apt _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Empleador _____ Teléfono del trabajo (____) _____ - _____

NIÑOS EN LA FAMILIA

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Vive en casa?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ORIGENES ÉTNICOS/ RAZA

Parte 1 - Etnicidad. Es el estudiante hispano o latino? Si No

Parte 2 - Raza. ¿Cuál es la raza del estudiante? (No importa lo que haya marcado anteriormente, por favor seleccione una o más casillas a continuación.)

Indio o Alaska Nativo Americano

Asiático

Chino Japonés

Coreano Vietnamese

Asiático Indígena Laosiano

Camboyano Otro Asiático: _____

Hmong

Moreno o Afroamericano

Filipino / Filipino Americano

Isleño del Pacífico

Hawaiano Samoa

Guameño Tahitiano

Otro Isleño del Pacífico: _____

Blanco (no hispano o latino)

Otra Raza (incluyendo hispanos): _____

PADRE / TUTOR MÁS ALTO NIVEL DE EDUCACIÓN

No es un graduado de la preparatoria

Equivalente de escuela secundaria (GED o CHAPE)

Graduado de la preparatoria

Un poco de universidad

Graduado de la universidad

Formación de posgrado / post escuela de Posgrado

Me niego a mencionarlo

Mi firma certifica que toda la información proporcionada en este formulario es exacta y que me comprometo a reportar cualquier cambio de dirección, números de teléfono y / o información de emergencia al personal de la escuela inmediatamente.

Firma del Padre / Tutor _____

Fecha _____

PARA USO DE LA OFICINA

Cum Request _____ Entry date _____

Address verified _____

Birthdate verified _____

Immunizations verified _____

Teacher _____ Room # _____ Grade _____

INSTRUCCIONES DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

En caso de accidente o emergencia cuando un padre / tutor no está disponible, autorizo a personal de la escuela para hacer los arreglos necesarios para que mi hijo reciba atención médica u hospitalaria, incluyendo el transporte. En las circunstancias anteriores, autorizo al médico nombrado abajo para encargarse de su cuidado y tratamiento de mi hijo cuando sea necesario. En el evento, dijo el médico no está disponible, autorizo a dicha atención y tratamiento a seguir por cualquier médico o cirujano. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos incurridos.

Médico _____ Teléfono (_____) _____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Cobertura Médica _____ Expediente Médico # _____

No elijo la declaración anterior y en caso de un accidente o emergencia, yo deseo la siguiente acción: _____

SALUD Y MEDICINA DEL ESTUDIANTE

Examen Físico. California requiere un examen físico para todos los niños que comienzan la escuela. Esto se puede hacer dentro de los seis meses antes de que su hijo entre el kindergarten, y hasta 90 días después de que él / ella entra en el primer grado. Por favor marque si esto se ha hecho: Sí No

En caso afirmativo, fecha del examen _____ / _____ / _____

Médico / Clínica _____

Medicación. La ley de California requiere que el tutor legal de cualquier alumno en la medicación continua informe a la escuela. Si su hijo recibe medicación, complete lo siguiente:

Medicación / Dosis: _____

Médico Supervisor / Teléfono: _____

*(Si se debe dar la medicación durante el horario escolar, un **Formulario de Medicamentos de lanzamiento** se debe obtener de la oficina de la escuela y completada por el padre / tutor y el médico.)*

Condiciones de Salud. ¿Su hijo ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

(Marque todas las que correspondan.)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma (fecha de último ataque) _____ | <input type="checkbox"/> Alergia a la picadura de abeja _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia _____ | <input type="checkbox"/> Condición del corazón _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis _____ |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad (TDAH) _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones _____ | <input type="checkbox"/> Visión / problemas de audición _____ |
| <input type="checkbox"/> Otras alergias graves <i>(describir)</i> _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Condición de salud Crónica <i>(describir)</i> _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Condición de salud Mental _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otro Problema de Salud _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos de atención de salud Especializados _____ | | |

_____ / _____ / _____
Firma del Padre / Tutor Fecha

SERVICIOS ESTUDIANTILES / EDUCACIÓN ESPECIAL

¿Fue su hijo matriculado en una clase de educación especial o recibe servicios especiales de apoyo a su escuela anterior? Sí *(Marque el tipo de servicios de más abajo)* No

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Recursos (RSP) | <input type="checkbox"/> Consejería |
| <input type="checkbox"/> Clase de Día Especial (SDC) | <input type="checkbox"/> Mejoramiento de Asistencia |
| <input type="checkbox"/> Del Habla | <input type="checkbox"/> Mejoramiento del comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Plan de 504 | <input type="checkbox"/> Servicios para Desamparados |
| <input type="checkbox"/> GATE (Estudiantes Dotados y Talentosos) | <input type="checkbox"/> Tutoría |
| <input type="checkbox"/> Aprendices de Inglés | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

RESIDENCIA

¿Dónde está su hijo / familia viviendo actualmente? (Marque sólo una casilla.)

Esta información se utilizará para determinar si su niño califica para cualquier asistencia adicional bajo el Ningún Niño Se Quede Atrás del 2001.

- Con amigos o miembros de la familia en una casa o apartamento debido a la pérdida de la vivienda o de otras dificultades económicas
- En un motel, vehículo o campamento por razón de no tener comodidades alternativas
- En un programa de refugio de emergencia y transitorio
- En una vivienda "Foster"
- Ninguna de las opciones presentada aplica.

DISCIPLINA DEL ESTUDIANTE / RETENCIÓN

¿Se ha mantenido su hijo (**retenido**) en cualquier escuela? Sí No

En caso afirmativo, indique el grado(s) _____

¿Alguna vez el estudiante ha sido **expulsado** de otro distrito escolar? Sí No

En caso afirmativo, fecha: _____ / _____ / _____

Nombre de la escuela / distrito: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Si mi hijo está enfermo o tiene un accidente / emergencia y no puede ser alcanzado, por favor llame y libere a mi hijo a (debe ser mayor de 18 años de edad y mostrar ID):

Nombre	Relación	Número De Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

¿A cuál escuela asistirá su hijo? circule una					
BELL AVE	GLENWOOD	MAIN AVE	PRESCHOOL	ROBLA	TAYLOR STREET

Nombre del Estudiante: _____
(Apellido / Apellido Familiar) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Edad del Estudiante: _____ Nivel del Grado: _____ Nombre del Maestro: _____

Aviso: El personal del distrito escolar debe completar todos los elementos de información por encima de esta línea.

Instrucciones para padres y Guardines

El *Código de Educación* de California indica requisitos legales que guían a las escuelas a evaluar el dominio del idioma Inglés de los estudiantes. El proceso comienza en determinar el idioma (s) que es hablado en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a la encuesta del idioma en el hogar ayudarán a determinar si el dominio en Inglés del estudiante deberá ser examinado. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer programas y servicios adecuados.

Como padres o tutores, se solicita su cooperación para cumplir con estos requisitos. Por favor, responda a cada una de las cuatro preguntas que se enumeran a continuación de la manera más precisa posible. Por cada pregunta, escriba el nombre (s) del idioma / lenguaje que corresponda en el espacio proporcionado. Por favor de contestar todas las preguntas. Si se comete un error al completar esta encuesta del idioma, Ud. puede solicitar corrección de sus respuestas antes de que sea evaluado el dominio del inglés del estudiante.

1. ¿Cuál idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Cuál idioma habla su hijo (a) con más frecuencia en casa? _____
3. ¿Cuál idioma (padres o guardines) hablan más frecuentemente cuando habla con su hijo? _____
4. ¿Cuál idioma es más hablado a menudo por los adultos en el hogar?
(Ya sea con padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto) _____

Favor de firmar y escribir la fecha en este formulario en los espacios proporcionados siguientes y, regréselo al maestro de su hijo. Gracias por su cooperación.

Firma del padre/madre o tutor

Fecha



AVISO ESPECIAL PARA LOS PADRES: Restricciones del tamaño de Clase

Círculo abajo la Escuela

Bell Avenue 1900 Bell Avenue	Glenwood 201 Jessie Avenue	Main Avenue 1400 Main Avenue	Preschool 4351 Pinell Street	Robla 5200 Marysville Blvd.	Taylor Street 4350 Taylor Street
--	--------------------------------------	--	--	---------------------------------------	--

Debido a las restricciones de tamaño de clase en nuestro distrito, hay una posibilidad de que vamos a reasignar su hijo a otra clase u otra escuela dentro de nuestro distrito. Para garantizar la coherencia y la estabilidad en el programa educativo de su hijo, la asignación puede ser por un año o más tiempo si las condiciones persisten. Proporcionamos generalmente el transporte hacia y desde la escuela para los estudiantes que son reasignados por la aglomeración

Basamos nuestra decisión de reasignar los estudiantes en varios factores que se enumeran a continuación.

- 1) **Tamaño de Clase:** State law and teacher contract limit the number of students permitted per class.
 - a) Máximo de 24 estudiantes en los grados de K-3
 - b) Máximo de 30 estudiantes en los grados de 4-6
- 2) **El Balance Estudiantil:** Todas las clases tienen una variedad de niveles de habilidad.
- 3) **Número de estudiantes en cada nivel de grado:** Cuando los estudiantes llegan a números que no se dividen en clases de tamaño adecuado, se deben tomar decisiones para combinar dos grados, el transporte de los estudiantes o encontrar otra solución. En los casos de sobrepoblación, los estudiantes pueden ser transportados a otra escuela del distrito.
- 4) **Programas Especiales:** Las leyes estatales y federales limitan la cantidad de alumnos permitidos por maestro de educación especial.

Nuestro objetivo es proporcionar un programa educativo de calidad para su hijo y para todos los estudiantes atendidos por nuestro distrito. Se agradece su cooperación y comprensión.

Mi firma a continuación reconoce que soy consciente de que sobrepoblación puede ocurrir y mi hijo puede ser reasignado a otra clase o escuela en base a los criterios anteriores.

Nombre del Estudiante

Firma de los Padres

Fecha