

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL CONDADO NORTE DE MONTEREY – FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES

► ¿Alguna vez ha asistido su hijo o hija a las escuelas públicas de NMCUSD? Sí No

USE LETRA DE MOLDE – NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE:

Apellido Hombre Mujer Primer Nombre Segundo Nombre Otro nombre legal (si aplica)

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año): / /

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO O HIJA? (marque una) Hispano o Latino (Una persona cuya cultura u origen es de Cuba, México, Puerto Rico, Centro o Sudamérica, sin importar su raza) No Hispano o Latino

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO O HIJA? (pedido por la federación) Por favor no marque más de cinco opciones:

La parte de la pregunta que aparece arriba es sobre etnicidad, no sobre raza. Independientemente de la opción que elija, favor de continuar respondiendo lo que sigue, marcando uno o más de los cuadritos, para indicar la que considera que es su raza.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska
(Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Norte, Centro o Sudamérica) | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Tahitiano |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Otro asiático | <input type="checkbox"/> Otro grupo de las Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Indio de Asia | <input type="checkbox"/> Hawaiano | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano |
| | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Guamés | <input type="checkbox"/> Afroestadunidense o negro |
| | <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Blanco (Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Europa, Norte de África o el Medio Oriente) |

EDUCACIÓN DE LOS PADRES – Marque la respuesta que describa el nivel del padre con mayor grado de educación escolar.

- Con licenciatura o con postgrado (10)
 Se graduó del *college* (Universidad) (11)
 Algo de *college* (incluye AA degree) (12)
 Se graduó de *high school* (sec. y preparatoria) (13)
 No se graduó de *high school* (secundaria y preparatoria) (14)

Lugar de nacimiento:

Ciudad: _____

Estado: _____

País: _____

Fecha en que asistió por vez primera a la escuela en EE.UU.

Mes/Día/Año: / /

Fecha en que asistió por vez primera a la escuela en California

Mes/Día/Año: / /

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA EN CASA: Indique sólo un idioma (que usa más) por renglón:

¿Qué idioma o dialecto habla su hijo o hija más frecuentemente a su casa? _____

¿Qué idioma o dialecto aprendió su hijo o hija cuando él o ella empezó a hablar? _____

¿Qué idioma o dialecto le habla usted más frecuentemente a su hijo o hija? _____

¿Alguna vez ha tomado su hijo o hija el examen CELDT (*La evaluación de desarrollo del idioma inglés de California*)? Sí No

¿En qué idioma desea usted recibir comunicación escrita de la escuela? Inglés Español No sé

Residencia – ¿Dónde vive actualmente su hijo o hija o la familia? (pedido por la federación al NCLB) – Por favor, marque la/s casilla/s apropiada/s

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> En una residencia permanente con la familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil) | <input type="checkbox"/> En un motel/hotel (09) |
| <input type="checkbox"/> Con más de una familia en una casa o apartamento (11) | <input type="checkbox"/> Sin residencia (carro o campamento) (12) |
| <input type="checkbox"/> En un refugio o programa de vivienda en transición (10) | <input type="checkbox"/> Otra (15) (especifique) |

INFORMACION DE SALUD: Preocupaciones de salud: Otro (especifique):

<input type="checkbox"/> Toma medicina	<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes	Nombre del doctor:
<input type="checkbox"/> Ortopédico	<input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Ataques	Teléfono del doctor:

Comments:

ESCUELA DONDE ASISTIÓ ANTES:

Nombre/domicilio/ciudad/estado/código postal

Grado(s)

Fecha(s)

¿Existe algún reporte psicológico o confidencial disponible de la escuela anterior de su hijo/a? Sí No

¿Ha sido suspendido/a su hijo o hija? Sí No ¿Alguna vez fue expulsado/a? Sí No

¿Ha sido reprobado? Si No Si respondió si, ¿cuál grado? (Especifique)

¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a? Clase de recuperación de matemáticas Clase de recuperación de lectura Consejería Desarrollo del lenguaje inglés Ayuda para mejorar su asistencia/su comportamiento Dotado/a (GATE)

Educación especial: Recursos didácticos (RSP) Clase especial en el día (SDC) Habla y lenguaje 504 Otra (especifique):

INFORMACIÓN PRIMARIA DEL HOGAR:				
Nombre del adulto		Parentesco	Tutor legal <input type="checkbox"/>	
Contactos: Hogar ()		Trabajo()	Celular()	
Medio de comunicación: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Web Portal Domicilio electrónico:				
Nombre del adulto		Parentesco	Tutor legal <input type="checkbox"/>	
Contactos: Hogar ()		Trabajo()	Celular()	
Medio de comunicación: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Web Portal Domicilio electrónico:				
Dirección postal		Apt #	Ciudad	Estado Código Postal
Domicilio de residencia (si es diferente)		Apt #	Ciudad	Estado Código Postal
Otros niños viviendo en este hogar - Nombre:	Fecha de Nac.	Nombre:	Fecha de Nac.	
Si hay un acuerdo legal de custodia, por favor marque, provea documento: <input type="checkbox"/> custodia conjunta <input type="checkbox"/> custodia total <input type="checkbox"/> tutor				
¿Hay una orden que le prohíba el acercamiento con su hijo?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si (provea documento)				

INFORMACIÓN SECUNDARIA DEL HOGAR– si aplica:				
Nombre del adulto		Parentesco	Tutor legal <input type="checkbox"/>	
Contactos: Hogar ()		Trabajo()	Celular()	
Medio de comunicación: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Web Portal Domicilio electrónico:				
Nombre del adulto		Parentesco	Tutor legal <input type="checkbox"/>	
Contactos: Hogar ()		Trabajo()	Celular()	
Medio de comunicación: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Web Portal Domicilio electrónico:				
Dirección postal		Apt #	Ciudad	Estado Código Postal
Domicilio de residencia (si es diferente)		Apt #	Ciudad	Estado Código Postal
Otros niños viviendo en este hogar - Nombre:	Fecha de Nac.	Nombre:	Fecha de Nac.	

Quando director de la escuela determina que un niño menor de edad necesita cuidado médico de emergencia, él tratará de comunicarse con los padres/tutores y/o al 911. En caso de que no se puedan comunicar con nosotros, los padres/tutores autorizamos a los siguientes adultos para que sean nuestros agentes durante una emergencia. (Reglamento 5510 de la Meza Directiva Escolar):

INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS/AUTORIZACIÓN PARA RECOGER AL ESTUDIANTE – Adultos que no son los padres:

Nombre:	Parentesco	Tel. de casa	Tel. del trabajo	Celular

Firma del padre o tutor	Fecha:
--------------------------------	--------

Office Use	Teacher	Homeroom	Designation: <input type="checkbox"/> EO <input type="checkbox"/> EL <input type="checkbox"/> FEP <input type="checkbox"/> RFEP	<input type="checkbox"/> FEP <input type="checkbox"/> EL <input type="checkbox"/> RFEP
			Program: <input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/> SEI <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> TWI	Date: