



# INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES AL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE AMADOR

Escuela		Grado:	
<b>ESTUDIANTE</b>			
Apellido Legal:		Nombre Legal:	
Segundo Nombre Legal:		Otros Nombres Legales:	
<input type="checkbox"/>	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer
Nacio:	Mes	Fecha:	Año:
<b>PADRES/ TUTOR</b>			
Apellido:		Nombre:	
Teléfono en casa:		Teléfono en el trabajo:	
( )		( )	
Apellido:		Nombre:	
Teléfono en casa:		Teléfono en el trabajo:	
( )		( )	
Dirección postal:		Ciudad:	Estado: ZIP
Residencia es igual a dirección Postal <input type="checkbox"/>		Si dirección es diferente por favor agregar abajo	
Dirección de Residencia:		Ciudad:	Estado: ZIP
Correo electrónico de Padre/ Tutor			
¿Ha asistido alguna vez su hijo/a las escuelas públicas del Condado de Amador?		Si <input type="checkbox"/> Escuela	Año
			No <input type="checkbox"/>
Educación de Padres- Marque la respuesta que describa el nivel del padre con mayor grado de educación escolar.		Fecha en que su estudiante asistió por primera vez la escuela en Estados Unidos.	
<input type="checkbox"/> Con Licenciatura o Postgrado(10) <input type="checkbox"/> Graduado de Universidad (11) <input type="checkbox"/> Algo de Universidad o Associate's Degree (12) <input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria ( High School)(13) <input type="checkbox"/> No se graduó de Secundaria ( High School)(14)		Mes:      Día:      Año:	
		Fecha en que su estudiante asistió por primera vez la escuela en California.	
		Mes:      Día:      Año:	
¿Cuál es la etnicidad de su Hijo/Hija?			
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino (Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Centro y Sur Americano y otras culturas/ orígenes Españoles independientemente de su raza)			
<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino			
¿Cuál es la raza de su hijo/hija? Puede MARCAR hasta cinco (5) categorías de raza			
La parte de la pregunta que aparece arriba es sobre etnicidad, no sobre raza. Independientemente de lo que selecciono arriba, por favor de continuar respondiendo lo siguiente, marcando uno o dos y hasta cinco cuadrillos. Para indicar lo que considera que sea su raza.			
<input type="checkbox"/> Indígena Americano O Nativo de Alaska(100)	<input type="checkbox"/> Laos(206)	<input type="checkbox"/> Samoa (303)	
<input type="checkbox"/> Chino(201)	<input type="checkbox"/> Camboyano(207)	<input type="checkbox"/> Tahitian (304)	
<input type="checkbox"/> Japones (202)	<input type="checkbox"/> Hmong (208)	<input type="checkbox"/> Otro grupo de la islas del Pacifico (399)	
<input type="checkbox"/> Koreano (203)	<input type="checkbox"/> Otro Asiatico (299)	<input type="checkbox"/> Filipino / Filipino Americano(400)	
<input type="checkbox"/> Vietnamita(204)	<input type="checkbox"/> Hawaiano (301)	<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro (600)	
<input type="checkbox"/> Indio Asiatico (205)	<input type="checkbox"/> Guamanio(302)	<input type="checkbox"/> Blanco (700)	
ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA EN CASA: indique solamente un idioma ( el que usa mas) por línea:			
¿Qué idioma/ dialecto habla su hijo/hija más frecuentemente en su casa?			
¿Qué idioma o dialecto aprendió su hijo cuando él o ella aprendieron a hablar?			
¿En qué idioma /dialecto le habla usted con más frecuencia a su hijo/hija?			
¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?			

En qué idioma le gustaría recibir notificaciones por escrito de asistencia de la escuela? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español				
"¿Es un padre o tutor del alumno un miembro activo de las Fuerzas Armadas?" <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
<b>RESIDENCIA-¿ Dónde vive actualmente su hijo/hija/ familia ? (Mandado federal por NCLB) Por favor marque la/s casillas apropiada /s</b>				
<input type="checkbox"/> En una residencia permanente de una sola familia (casa, apartamento, cando, casa móvil) <input type="checkbox"/> Compartiendo una sola residencia (compartiendo una sola residencia con otra familia/personas por privación económica o pérdida) <input type="checkbox"/> En un albergue o en un programa de hogar transicional.			<input type="checkbox"/> En un Motel/Hotel <input type="checkbox"/> Desenvainado (sin hogar, en carro, campamento) <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) <hr/>	
<b>Padres/Tutor (con quien vive el estudiante )- Marque todos los que aplican</b>				
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> los dos <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Acoger a una familia/ Casa de grupo <input type="checkbox"/> Otro_____				
<input type="checkbox"/> ¿Es la persona/s marcadas arriba el tutor LEGAL del estudiante?				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No , si no por favor llene una declaración jurada de la persona encargada				
Si hay un acuerdo de custodia legal respecto a este/a estudiante, por favor marque una: <input type="checkbox"/> Custodia conjunta <input type="checkbox"/> Custodia individual <input type="checkbox"/> Tutor				
<b>POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DE ABAJO PARA EL/LOS PADRES CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE:</b>				
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro /Tutor ( marque uno)		Nombre completo:		
Empleo:		Ciudad:		Teléfono de día: (    )
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra / Tutor ( marque uno)		Nombre completo:		
Empleo:		Ciudad:		Teléfono de día: (    )
<b>CORREO DUPLICADO: SI ESTA DIVORCIADO/A O SEPARADO/A Y TIENE LA CUSTODIA QUE LE PERMITE DUPLICAR Y COMPARTIR LA INFORMACIÓN CON SU ESPOSO/A, POR FAVOR INCLUIR EL NOMBRE, DIRECCIÓN, Y NUMERO DEL OTRO PADRE.</b>				
Nombre completo			Teléfono (    )	
Dirección postal		Ciudad:		Estado:
ZIP				
<b>ESCUELA QUE ASISTIÓ MÁS RECIENTE:</b>				
Escuela:		Dirección/Ciudad/Estado/ZIP		Grado:
Fecha:				
¿Existe algún reporte psicológico o confidencial disponible de la escuela anterior de su hijo/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
¿Ha sido suspendido su hijo/a? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No    ¿ Alguna vez fue expulsado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Que servicios especiales ha recibido su hijo? (Por favor marque los que apliquen)				
<b>EDUCACIÓN ESPECIAL:</b>	<input type="checkbox"/> Recursos (RSP)	<input type="checkbox"/> Clase especial en el día (SCD)		<input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje/hablar <input type="checkbox"/> 504
<b>Otros:</b>	<input type="checkbox"/> Dotado/a (GATE)	<input type="checkbox"/> Matemáticas correctivas	<input type="checkbox"/> Lectura correctiva	<input type="checkbox"/> Consejería <input type="checkbox"/> Desarrollo de lenguaje Ingles
<input type="checkbox"/> Ayuda para mejorar asistencia/Comportamiento			<input type="checkbox"/> Otro/ especifique	
Firma de Padre/ Guardian:			Fecha:	
<b>BELOW FOR SCHOOL USE ONLY</b>				
Proof of Birth: Type: _____ Verified by: _____		Proof of Residence: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Immunization: Type: _____ Verified by: _____	Enroll Date:
Permanent ID:				