

Distrito Escolar de Unión de Bellevue

FORMA DE MATRICULACION de ESTUDIANTE Página 1 de 2

Enrollment Date: _____ *School Use Only* School Year: **2014-2015**

School Site: *SCHOOL USE ONLY* Student ID No: *SCHOOL USE ONLY* GRADE *SCHOOL USE ONLY*

Teacher Assignment: *SCHOOL USE ONLY* Registration Date: _____ Birth Certificate Verified: _____

NOMBRE de Estudiante
 Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

NOMBRE LEGAL :
 Apellido: _____ Nombre: _____ GRADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: MES _____ DIA _____ AÑO _____ **GENERO:** Masc. Fem. **TELEFONO:** _____

DOMICILIO:
 Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ **FECHA 1° DE ESCUELA EN LOS EEUU:** MES _____ DIA _____ AÑO _____

EDUCACION DEL PADRE: Marque la respuesta que describe el nivel *del padre con la mayor educación.*
 Licenciado o Mayor(10) Graduado de la Univ(11) Algún Colegio o Licenciado AA (12)
 Graduado de la Secundaria (14) No Graduado de la Secundaria (14)
FECHA 1° DE ESCUELA EN CALIFORNIA: MES _____ DIA _____ AÑO _____

ETNICIDAD DEL ESTUDIANTE (Favor de marcar uno): Hispano o Latino NO Hispano o Latino

RAZA DEL ESTUDIANTE (Favor de marcar hasta cinco categorías de raza):
La Etnicidad del Estudiante es sobre etnicidad, no raza. No importa lo que seleccionó sobre la etnicidad del estuidiante, favor de continuar de contestar lo siguiente con marcar una o más de las cajas para indicar lo que considera su raza.

<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska(100)	<input type="checkbox"/> Vietnamita (204)	<input type="checkbox"/> Hmong (208)	<input type="checkbox"/> Somoano (303)
<input type="checkbox"/> Chino (201)	<input type="checkbox"/> Indio Asiático (205)	<input type="checkbox"/> Asiático Otro(208)	<input type="checkbox"/> Taítiano (304)
<input type="checkbox"/> Japonés (202)	<input type="checkbox"/> Hawaiano (301)	<input type="checkbox"/> Otro nativo de los archipiélagos del Pacífico	<input type="checkbox"/> Afro americano o Negro (600)
<input type="checkbox"/> Coreano (203)	<input type="checkbox"/> Camboyano (207)	<input type="checkbox"/> Guamaniano (302)	<input type="checkbox"/> Blanco (700)

ENCUESTA DE LENGUAJE DEL HOGAR:
 1. ¿Qué lengua/dialecto habla su hijo/a con más frecuencia en casa? _____
 2. ¿Que lengua/dialecto aprendió su hijo/a cuando primero empezó a hablar? _____
 3. ¿Qué lengua/dialecto habla con su niño/a con más frecuencia? _____
 4. ¿Ha su niño tomado la Prueba CELDT (Prueba del Desarrollo del Lenguaje inglés de Calif)? Sí No No sé

SEVICIOS ESPECIALES Favor de marcar cualquier servicio que su niño/a ha recibido.
 Educación Especial Lectura y/o Matemát recuperativas Estudiante de Lenguaje inglés/ESL SARB-Mesa Directiva de la Asistencia
 504 Recursos (RSP) Logopeda Aconsejería
 Con Talento(GATE) Otro (favor de especificar): _____

RESIDENCIA: Favor de marcar la caja apropiada - *dónde su niño/familia actualmente viven (Federalmente requerido -NCLB)*
 En residencia permanente de una familia (casa, apartamento, condo, caravana) En un Motel/Hotel (09)
 Más de una familia(compartiendo casa con otras familias/individuos por causa de la economía o pérdida (11) _____
 Sin hogar (carro/campamento) ampamento En programa de refugio de hogar o transitorio (10)
 Otro (15) (favor de especificar) _____

LA ULTIMA ESCUELA de ASISTENCIA:
 Nombre: _____ Grado(s): _____ Fecha(s): _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ **FECHA:** _____

Distrito Escolar de Unión de Bellevue

FORMA DE MATRICULACION DE ESTUDIANTE

Página 2 de 2

Enrollment Date: _____ <i>School Use Only</i>		School Year: 2014-2015
School Site: <i>SCHOOL USE ONLY</i>	Student ID No: <i>SCHOOL USE ONLY</i>	GRADE <i>SCHOOL USE ONLY</i>
Teacher Assignment: <i>SCHOOL USE ONLY</i>	Registration Date: _____	Birth Certificate Verified: _____

NOMBRE de Estudiante			
	Apellido	Nombre	Inicial

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR (con quien vive el estudiante)-marque todos los que aplican Otro _____

Padre Madre Ambos Madrastra Padrastro Tutor Casa de Acogida/ Grupo

¿Es la persona(s) marcada arriba el tutor LEGAL del estudiante?
 Sí No Si NO, favor de completar una "Declaración de Cuido".

¿Hay un acuerdo de custodia legal para este estudiante?, favor de marcar uno:
 Custodia de los Dos Tutor

FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACION DEL PADRE(S)/TUTOR CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE

1 Padre Padrastro Tutor
Nombre: _____ Empresario: _____ Teléfono: _____

2 Madre Madrastra Tutor
Nombre: _____ Empresario: _____ Teléfono: _____

INFORMACION DE SALUD / INFORMACION DE EMERGENCIA

Favor de marcar todas las siguientes condiciones que su niño/a ha tendido y si ahora tiene cuidado médico o toma medicamentos.

Si sí, ¿Se tiene que administrar los medicamentos en la escuela Sí No

<input type="checkbox"/> Picadura de abeja	<input type="checkbox"/> Aguja Epi	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Inhalador	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Visión/Audición	<input type="checkbox"/> Lentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Alergias _____			
<input type="checkbox"/> Otro _____			

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____
Dirección _____ Medi-Cal: Sí No

Yo doy permiso de consultar a mi Médico de familia en caso de un accidente o enfermedad repentina a la discreción de las autoridades de la escuela. Yo doy mi permiso para que la escuela transporte a mi niño/a en caso de una emergencia.

Firma de Padre _____ Fecha _____

Contacto en caso de Emergencia :

1. Nombre /Relación _____ Teléfono _____
2. Nombre/Relación _____ Teléfono _____
3. La persona que cuida al niño/a: _____ Teléfono _____

PRUEBA DE RESIDENCIA: El Código Educativo de California requiere prueba de residencia en cualquier Distrito de matriculación .

La siguiente prueba ha sido proporcionada al tiempo de matriculación:

Recibo de Alquiler Cuenta de PG&E Cuenta de Teléfono Cuenta de Agua Otro _____
 Acuerdo de Compra de Propiedad

Mi firma indica que yo he leído y entiendo la forma de matriculación. También certifica que la información en esta forma es verdadera y correcta. Mi firma afirma que mi niño/a vive conmigo en esta dirección (afirmado por la cuenta de PG&E, la cuenta más reciente con mi nombre). Yo entiendo que cualquier cambio de información de vivienda (dirección, número de teléfono, custodia) se tiene que informar a la escuela, examinado y verificado entre 30 días del cambio. La falsificación de información será motivo para invalidar la matriculación del estudiante.

FIRMA DE PADRE/TUTOR:

FECHA:

For Registration

Parent Provides:

Birth Certificate

Immunization Record

Proof of Residence

Padres Traigan:

Acta de Nacimiento

Vacunas

Comprobante de domicilio

Bellevue Union School District
Forma de Emergencia del Estudiante

Maestro _____ Sala _____

Nombre del Estudiante _____ No. de telefono de casa: _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo M F

Padres: _____ Padresos _____ Padres de acogida _____ Tutores _____

Trabajo de madre _____ No. de telefono del trabajo: _____ Celular _____

Trabajo de padre _____ No. de telefono del trabajo: _____ Celular _____

El estudiant vive con Padre _____ Madre _____ Tutor Legal _____ Otro _____

Lengua Primaria Ingles Espanol Otro _____

Documentos legal archivados si no Fecha: _____ Tipo de Documento _____

Personas que se deben llamar en caso de una emergencia

1. Nombre/Parentesco _____ No. de telefono: _____

2. Nombre/Parentesco _____ No. de telefono: _____

3. Nombre/Parentesco _____ No. de telefono: _____

Permiso de Transportar al Estudiante

Nosotros, los abajofirmantes (padres/tutores) de _____, por la presente damos permiso para

nombre de estudiante

que Bellevue Union School District in Sonoma, CA de transporte al estudiante nombrado anteriormente a y de eventos patrocinados por la escuela incluyendo pero no limitado a excursiones de estudio, eventos atleticos y sociales.

Firma de padre/tutor _____

Fecha: _____

Servicios de salud familiar

Nombre del medico _____

Numero de telefono: _____

Medi-Cal: Si no

Direccion: _____

Yo doy permiso de consultar a mi medico familiar en caso de un accidente o enfermedad repentina a la discrecion de las autoridades de l escuela. Yo doy mi permiso a la escuela de transportar a mi nino/nina en caso de una emergencia

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Favor de marcar todas las condiciones siguientes que su nino/a ha tenido y si ellos estan en cuidio medico o tomando medicamentos. Si la respuesta es si, se necesita administrar el medicamento en la escuela?

- | | | | | |
|--------------------------|-------------------|-----------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Picadura de abeja | Epi-Pen | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> | Asma | Inhalador | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes | Insulina | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> | Vision/el Oir | anteojos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> | Alergias _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> | Otro _____ | | | |

Si usted no es el tutor legal del estudiante asistiendo a la Escuela _____ en el Distrito Escolar de Belle

Union, nuestro distrito necesita una declaracion del tuto legal para servicios educativos y medicos. Yo, _____

soy el tutor legal de _____, y todos los documentos sobre la custodia se ha proporcionados a la

oficina de la escuela. Yo doy permiso a _____ de hacer las decisiones educativas y medicas

nombre del individuo

_____ a _____
fecha fecha

