



Formulario de Inscripción

Fecha de Hoy _____

Fecha del Comienzo Escolar _____

Nombre de la Escuela _____

(Nombre Legal)

Apellido _____ Nombre _____

Segundo Nombre _____ Apodo _____

¿Ha asistido este alumno anteriormente a cualquier escuela del Distrito Escolar del Valle de Cache? Si No Año _____

¿Ha asistido este alumno anteriormente a cualquier escuela en el Estado de Utah? Si No De ser así, anote el Distrito _____

Última Escuela a la que Asistió: _____ Último Grado al que Asistió: ____ Teléfono de escuela _____

Dirección de escuela: _____ Ciudad: _____ Estado _____

Fecha de Nacimiento _____ ¿Acta de Nacimiento? Si No | Sexo: M F | Grado Actual _____

Dirección Postal _____ Ciudad _____ C.P. _____

Dirección de Domicilio si es diferente _____ Ciudad _____ C.P. _____

¿Se encuentra esta dirección dentro de los límites escolares? Si No Si marcó NO, ¿Ha llenado la solicitud de elección escolar "School Choice" en el Distrito? Si No

Teléfono de Casa: (____) _____ ¿Es Número Privado?: Si No Teléfono Celular del Alumno (____) _____

Tutor Legal	Alumno Vive Con	Nombre y Correo Electrónico	Celular	Lugar de Trabajo	Teléfono del Trabajo
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre	Nombre: Dirección Adicional:	()		()
<input type="checkbox"/> ¿Direcciones Adicionales?		Correo Electrónico:			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre	Nombre: Dirección Adicional:	()		()
<input type="checkbox"/> ¿Direcciones Adicionales?		Correo Electrónico:			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madrastra	Nombre: Correo Electrónico:	()		()
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padrastro	Nombre: Correo Electrónico:	()		()
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Favor de anotar si hay otro	Nombre: Correo Electrónico:	()		()

Hermanos que viven en el hogar con el alumno (de mayor a menor)

Sexo	Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado

Información Estatal/Federal

¿Es Residente de Utah? Si No ¿Es Residente del Distrito? Si No ¿Tiene todas la Vacunas? Si No

¿Asistirá el alumno a la escuela tiempo parcial? Si No – De ser así: Educación en el Hogar Escuela Privada Ninguna

Alumnos Refugiados: Si No Depende de proveerle a la escuela uno de lo siguientes:

- I-94 Formulario del Registro de Llegada-Salida
- I-551 Registros de Residencia Permanente
- I-155 Registros de Residencia Permanente
- Carta del Tribunal de Inmigración identificando al refugiado como resultado de estar en los EE.UU. a causa de un asilo

Continúa el Formulario

Los estudiantes deambulante, de acuerdo a la definición del gobierno de los Estados Unidos (ley 42 McKinney-Vento, USC 11435), así como sus familias, tienen derecho de recibir servicios especiales ofrecidos por nuestra escuela. Las respuestas a esta pregunta ayudan a determinar los servicios a los que un estudiante puede ser elegible.

Favor de marcar TODO lo que le aplique:

- La familia del estudiante está compartiendo una residencia con otra familia debido a dificultades económicas.
- El estudiante vive en un hotel o motel.
- El estudiante vive en un albergue (violencia doméstica, emergencia, o unidades de vivienda transicionales).
- El estudiante vive en un lugar que no tiene las facilidades adecuadas (ej. sin calefacción, agua, electricidad, etc.).
- El estudiante está tratando de inscribirse sin que le acompañe un padre o tutor (no los que están al cuidado de un hogar sustituto "Foster").

Etnicidad y Raza: (Deberá contestar AMBAS partes de esta pregunta.)

Parte A: ¿Es este alumno de origen Hispano/Latino? (Elija solamente una opción)

- No, no es Hispano/Latino
- Sí, es Hispano/Latino (Una persona con orígenes o de la cultura Cubana, Mexicana, Puertorriqueña, Sur o Centro Americana, o de otra cultura u origen Español, sin importar la raza.)

La parte antedicha de la pregunta es acerca del origen étnico, no de la raza. Sin importar lo que usted seleccionó arriba, **favor de continuar respondiendo a lo siguiente** marcando **una o más** cajas para indicar lo que usted considera que es la raza de su alumno.

Parte B: ¿Cual es la raza de su alumno (o la suya)? (Elija una o más)

- Una persona cuyo origen es de o con descendencia en cualquiera de los pueblos originales de *Europa, el Medio Oriente, o África del Norte. (Blanca)*
- Una persona cuyo origen es de o que viene de cualquiera de los pueblos originales de America del Norte o Sur (incluyendo America Central), y que mantiene afiliaciones tribales o vínculos comunales. **(Incluyendo a los Indios Americanos)**
Si es un Indio Americano, favor de anotar la afiliación tribal: _____
- Una persona cuyo origen es de o con descendencia en cualquiera de los pueblos originales de Este Lejano, el Sureste de Asia, o de algún subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo, a Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.) **(Asiática)**
- Una persona cuyo origen es de o con descendencia en cualquiera de los grupos raciales negros del África. **(Negra)**
- Una persona cuyo origen es de o con descendencia en cualquiera d los pueblos originales de Hawaii, Guam, Samoa, Tonga, u otra Isla Pacífica. **(Isleños del Pacífico)**

Encuesta Informativa del Idioma de la Casa – Reguciones federales y estatales requieren que las escuelas determinen el/los idioma(s) hablados y comprendidos por cada estudiante.

País/Territorio de Nacimiento _____ si nació fuera de los EE.UU. o sus territorios, anote la fecha de la primera matricula en
Islas Vírgenes EE.UU., Guam, Islas Marianas del Norte
escuelas de EE. UU. _____
Mes/Día/Año

Si nació fuera de los EE.UU., ¿Ha asistido su hijo(a) a una o más escuelas dentro de los EE.UU. o sus territorios por menos de TRES AÑOS ACADEMICOS COMPLETOS? Sí No (Los tres años **no** tienen que ser consecutivos, pero **SI** tienen que haberse **completado**.) Favor de anotar los grados y los años que **completó**: _____

¿Que idioma(s) habló por primera vez su hijo(a) cuando comenzó a hablar? (Primer Idioma) _____

¿Que idioma(s) habla actualmente su hijo(a) al hablar con usted en casa? _____

¿Que idioma(s) usa usted (padres/guardianes, u otros adultos que residen permanentemente en su casa) para hablarle al niño(a)? _____

¿En que idioma prefiere recibir la correspondencia escolar? Inglés Otro, favor de especificar _____

¿Ha participado su hijo(a) de algún educacional bilingüe o del programa de inglés como segundo idioma (ESL)?

- Inglés como Segundo Idioma (ESL) Bilingüe Ninguno
-

Continúa el Formulario

Información para la Ubicación del Alumno

¿ El estudiante ha recibido servicios de educación especial? Y N ¿ Tiene un lenguaje estudiantes recibidos y / o servicios de idiomas? Y N ¿El estudiante ha recibido 504 servicios? Y N

¿Esta el alumno bajo el programa de adopción temporal "Foster" o bajo la tutela del estado (Para información de exención de pago)
 Si No

¿Se encuentra el alumno bajo probación juvenil? Si No

¿Ha estado este alumno suspendido o ha sido expulsado de la escuela a causa de alguna violación a la seguridad escolar? Si No –
De ser así, favor de explicar:

Otra información necesaria para la ubicación educacional adecuada _____

Información de Contactos de Emergencia

En el caso que la escuela no pueda comunicarse con los padres, anote la información de las personas que se harán cargo de su hijo(a).

Nombre	Relación	Número de Teléfono	Tipo de Teléfono	¿Podemos entregarle su hijo(a) a esta persona?
		()	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Si
		()	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Si
		()	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Si

Nombre del Médico _____ Teléfono _____

Autorizo a proporcionarle la información médica necesaria al médico de mencionado arriba para el cuidado de mi alumno Si No

Nombre del Dentista _____ Teléfono _____

Información Médica

La escuela debe estar enterada de las siguientes condiciones médicas:

Condiciones Médicas:

Diabetes: Si No (Someta el plan diabético) | Corazón: Si No | Ataques: Si No | TDA / TDA/H: Si No |

Impedimento Auditivo: Si No | Impedimento Visual: Si No | ¿Usa Lentes?: Si No |

Asma: Si No (Someta el formulario para el inhalador del asma) | Alergias: Si No Favor de nombrar las alergias _____

Medicamentos _____

¿Necesitará servicios médicos durante el horario escolar? Si No De ser así, los padres tendrán que comunicarse con las enfermeras escolares.

Continúa el Formulario

Información de Consentimientos

Autorizo a mi hijo(a) a participar de los paseos escolares: Si No

Autorizo que mi hijo(a) sea grabado(a) en video o fotografiado(a) para propósitos educacionales: Si No

¡El Directorio de información SOLAMENTE incluye nombres, direcciones, números telefónicos!

Prefiero que la información de mi estudiante NO SE publique en el directorio escolar:

- *La Ley Federal requiere que el distrito/escuela provea reclutadores militares e información de contacto a los estudiantes del último y penúltimo año escolar.*

NO QUIERO que le divulguen la información de contacto de mi estudiante de último o penúltimo año escolar al ejército militar para las oportunidades de reclutamiento:

Atestigo que toda la información en este formulario es verdadera:

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Para Uso Oficial Solamente

Birth Certificate | Home Language Information | Test Scores | Immunizations | Transcripts | Lunch | School Choice | Acceptable Use
 Fees | Schedule | Records Requested _____ | Records Received _____