Alergias/Piquete de Abeia

ENROLLMENT AND EMERGENCY INFORMATION
EL DISTRITO ESCOLAR DE PALERMO
TARJETA DE MATRICULACION E INFOMACION DE EMERGENCIA D

Orden de Restringir

_____ / _____ / _____ / _____ / __ / _____

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE: Apellido Primero Nombre Segundo Otro Nombre (si cualquiera) Grado Maestro/a

Lugar de nacimiento

Niña___ Niño___ Fecha de Nacimiento___/___/_____ Ciudad _____ Estado___ País _____ Seguro Soc.#_____

Si nació en otro país que no sea US por favor complete lo siguiente: Fecha que llego a US: ___/___/_____ Ciudadano de US: □ Si □ No
Fecha de matriculación inicial en una escuela de US___/____/_____ Fecha de matriculación inicial en una escuela de CA ___/____/_____

_____ _____
Domicilio de Casa Ciudad Estado Código postal Domicilio para la Correspondencia Ciudad Estado Código postal Teléfono de Casa

Teléfono de Celular_____Domicilio electrónico de Padre/Guardián: _____

Estudiante vive con: □ Padre □ Madre □ Ambos □ Padrastro □ Madrastra □ Guardián □ Padres de hogar de crianza □ Otro_____

_____ _____ _____ _____
Padre/Guardián Nombre: Apellido Primero Nombre Empleador Teléfono de trabajo

_____ _____ _____ _____
Madre/Guardián Nombre: Apellido Primero Nombre Empleador Teléfono de trabajo

La persona marcada arriba es el guardián **legal** del estudiante? □ **Si** □ **No** Si **NO,** por favor obtenga una **"Declaración Jurada para el Cuidador"** en la oficina de la escuela.

Ay una orden de **Custodia** de la corte sobre este estudiante? □ **Si** □ **No** Si es **SI**, por favor proporcione una copia de **la Orden** a la oficina.

Si es **hogar de crianza** o **hogar de grupo**, _____ _____ _____
Nombre de la Organización Teléfono Nombre de la trabajadora social

Si el padre/madre esta fuera del hogar:

_____ _____ Puede firmar para sacar al niño/a: □ **Si** □ **No**
Nombre del Padre Teléfono

_____ _____ Puede firmar para sacar al niño/a: □ **Si** □ **No**
Nombre de la Madre Teléfono

En caso de **enfermedad/EMERGENCIA, SOLAMENTE** las siguientes personas pueden recoger a este estudiante:

_____ Nombre	_____ Teléfono	_____ Nombre	_____ Teléfono
_____ Nombre	_____ Teléfono	_____ Nombre	_____ Teléfono
_____ Nombre	_____ Teléfono	_____ Guardería /Niñera	_____ Teléfono
_____ Doctor	_____ Teléfono		

Conforme al Código de Familia Sección 6910, Yo, autorizo al personal del Distrito a administrar primeros auxilios, obtengan cuidado medico o llamen la ambulancia para el estudiante. Yo también comprendo que los gastos para estos servicios son mi responsabilidad □ Si □ No

Ultima escuela que asistió _____ Domicilio_____

DISTRITO DE RESIDENCIA

Vive el estudiante fuera de nuestra área? (Puede que se le pida comprobante de residencia). □ **Si** □ **No**
Si contesto si, tiene un **Acuerdo Entre los Distritos**? □ **Si** □ **No**

Fecha que dejo esa escuela_____ Razón por dejar esa escuela_____
Alguna ves ha sido **Expulsado** el estudiante? □ Si □ No Si es si; cuando? ___/___/_____ Escuela _____
Alguna ves ha **Reprobado** el estudiante? □ Si □ No Si es si, que grado_____ Escuela _____

Otros niños en la familia	El año de nacimiento	Grado	Escuela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ENROLLMENT AND EMERGENCY INFORMATION

Mandataria federalmente por el Ningún Niño/a se Quedara Atrás (NCLB) 2001

Residencia primaria: Lugar done su niño/a/ esta viviendo **Por favor marque la caja apropiada**

□ En una residencia permanente—casa, apartamento, condominio, casa movible
□ Se dobló - (compartiendo vivienda con otra familia o individuo/s
□ Programa de refugio o transición de vivienda
□ En o en espera de colocación de un hogar de crianza
□ En un motel, /hotel
□ Sin alojo (auto o campamento)

ETHNICITY

1. ¿Este estudiante es Latino o Hispano? (escoja nomás uno)

□ No, no Hispano o Latino
□ Si, Hispano, o Latino (Una persona de Cubano, Mexicano, Puerto Ariqueño, Sur o Central Americano, o otra cultura Española o origen.

RAZA

2. ¿Qué es la raza del estudiante? (No importa que seleccione arriba, por favor marque una o mas caja/s indique la raza de este estudiante)

□ Indio Americano o Nativo de Alaska
□ Asiático - Circule uno: Indio Asiático, Cambodia, Chino, Filipino, Hmong, Japonés, Coreano, Laotian, Vietnamise, Otro _____
□ Negro o Africano Americano
□ Islas Pacificas - Circule uno: Guamaniano, Hawaiano, Samoano, Tahitiano, Otro _____
□ Blanco

NIVEL DE EDUCACION DE LOS PADRES: Si el niño vive con ambos padres, indique el padre con el nivel de educación más alto. Si el niño vive principalmente con un padre, indique la educación de los padres—Por favor circule su respuesta.

14 = No graduó de la Secundaria
13 = Graduó de la Secundaria
12 = Algo de universidad (2 0 4 años de programa Académico – no vocacional)
11 = Graduó del colegio (Titulo de BA o BS)
10 = Escuela de Bachillerato/Entrenamiento de Bachillerato (MA o PhD)
15 = Rehúsa a Contestar / Desconocido

ENCUESTA SOBRE LENGUA PRIMARIA: Indique por favor solamente una lengua por línea:

1. ¿Cuando su hijo/a emperzó a habler. Cuál idioma aprendió primero? _____
2. ¿Cuál idioma usa principalmente su hijo/a cuando conversa en la casa? _____
3. ¿Cuál idioma usa Ud. con más frecuencia cuando habla con su hijo/a? _____
4. ¿Cuál idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa? _____

ADQUISICION DEL LENGUAJE DE INGLES:

Esta matriculado en estudiante en, o alguna ves ha sido matriculado en un **Programa del Aprendizaje de Ingles? (EL)** □ **Si** □ **No**
Si es si, Fecha que Comenzó_____Fecha que Salio (Reclasificado Fluente Proficiente en Ingles: R-FEP)_____

Ha participado el estudiante en un **PROGRAMA ESPECIAL**? Si es si marque los siguientes:

□ Programa de recursos especializados □ Clase de día especial □ Habla □ 504 □ Migrante

□ Educación de Indios Nativos □ GATE □ Consejero □ Otro Explique_____

Cree usted que este estudiante tiene una desventaja o incapacidad que afecta su habilidad de aprender [ ] **Si** [ ] **No** Explican_____

CONDICIONES MEDICAS/EMERGENCIA (especifique):

*□ Alergia:_____
*□ Asma: _____
Medicina que requiere
*□ Reacción al piquete de abeja_____
□ ADD/ADHD (diagnosticado)
□ Habla
□ Pérdida Auditiva -audífono/s
□ Visión - lentes
Medicina que requiere
□ Limitaciones de educación física _____
□ Viruela loca
□ Diabetes
□ Problema del corazón
□ Tomas
□ Tuberculosis

*Para poder proveer mas información de salud sobre mi niño, a mi me gustaría que me mandaran un **Inventario de Salud Del Estudiante:** [ ] **Si** [ ] **No**

□ Medicina que necesita en la escuela _____Por favor obtenga una Autorización de Medicinal en la oficina.

Nombre del Seguro de Salud _____ Póliza _____

El abajo firmado declara bajo perjura que ellos son los padres o guardián legal del estudiante aquí arriba y otorgan las autorizaciones aquí arriba.

X_____ _____

Firma del Padre/Guardián que vive con el estudiante **Fecha** 6-5-2009