



**DISTRITO ESCOLAR ROBLA  
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

*Por favor llene completamente y escriba "N/A" en lo que no es aplicable.*

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Apellido Legal \_\_\_\_\_  
 Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Grado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_

Numero de casa y calle \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 El estudiante ha asistido previamente a una escuela pública de California?  Sí  No  
 Última Fecha que Asistió \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Escuela Anterior \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE PADRES / TUTORES**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación al estudiante  Padre  Madre  Padrastro  Madrastra  Tutor Legal  Padre adoptivo

Vive con el estudiante  Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_

Numero de casa y calle \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación al estudiante  Padre  Madre  Padrastro  Madrastra  Tutor Legal  Padre adoptivo

Vive con el estudiante  Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_

Numero de casa y calle \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**NIÑOS EN LA FAMILIA**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Vive en casa?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**ORIGENES ÉTNICOS/ RAZA**

**Parte 1 - Etnicidad.** Es el estudiante hispano o latino?  Sí  No

**Parte 2 - Raza.** ¿Cuál es la raza del estudiante? (*No importa lo que haya marcado anteriormente, por favor seleccione una o más casillas a continuación.*)

Indio o Alaska Nativo Americano

**Asiático**

- Chino  Japonés
- Coreano  Vietnamesa
- Asiático Indígena  Laosiano
- Camboyano  Otro Asiático: \_\_\_\_\_
- Hmong

Moreno o Afroamericano

Filipino / Filipino Americano

**Isleño del Pacífico**

- Hawaiano  Samoa
- Guameño  Tahitiano
- Otro Isleño del Pacífico: \_\_\_\_\_

Blanco (no hispano o latino)

Otra Raza (incluyendo hispanos): \_\_\_\_\_

**PADRE/TUTOR NIVEL DE EDUCACIÓN MÁS ALTO**

- No es un graduado de la preparatoria
- Equivalente de escuela secundaria (GED o CHAPE)
- Graduado de la preparatoria
- Un poco de universidad
- Graduado de la universidad
- Formación de posgrado / post escuela de Posgrado
- Me niego a mencionarlo

*Mi firma certifica que toda la información proporcionada en este formulario es exacta y que me comprometo a reportar cualquier cambio de dirección, números de teléfono y / o información de emergencia al personal de la escuela inmediatamente.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA USO DE LA OFICINA**

- Cum Request \_\_\_\_\_  Entry date \_\_\_\_\_
- Address verified \_\_\_\_\_
- Birthdate verified \_\_\_\_\_
- Immunizations verified \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

En caso de accidente o emergencia cuando un padre / tutor no está disponible, autorizo a persona de la escuela para hacer los arreglos necesarios para que mi hijo reciba atención médica u hospitalaria incluyendo el transporte. En las circunstancias anteriores, autorizo al médico nombrado abajo para encargarse de su cuidado y tratamiento de mi hijo cuando sea necesario. En el evento, dijo el médico no está disponible, autorizo a dicha atención y tratamiento a seguir por cualquier médico o cirujano. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos incurridos.

Médico \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Cobertura Médica \_\_\_\_\_ Expediente Médico # \_\_\_\_\_

No elijo la declaración anterior y en caso de un accidente o emergencia, yo deseo la siguiente acción: \_\_\_\_\_

### SALUD Y MEDICINA DEL ESTUDIANTE

**Examen Físico.** California requiere un examen físico para todos los niños que comienzan la escuela. Esto se puede hacer dentro de los seis meses antes de que su hijo entre el kindergarten, y hasta 90 días después de que él / ella entra en el primer grado. Por favor marque si esto se ha hecho:  Sí  No

En caso afirmativo, fecha del examen \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Médico / Clínica \_\_\_\_\_

**Medicación.** La ley de California requiere que el tutor legal de cualquier alumno en la medicación continua informe a la escuela. Si su hijo recibe medicación, complete lo siguiente:

Medicación / Dosis: \_\_\_\_\_

Médico Supervisor / Teléfono: \_\_\_\_\_

*(Si se debe dar la medicación durante el horario escolar, un **Formulario de Medicamentos de lanzamiento** se debe obtener de la oficina de la escuela y completada por el padre / tutor y el médico.)*

**Condiciones de Salud.** ¿Su hijo ha tenido alguna de las siguientes condiciones? *(Marque todas las que correspondan.)*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma (fecha de último ataque) _____                      | <input type="checkbox"/> Alergia a la picadura de abeja _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____                       |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia _____  | <input type="checkbox"/> Condición del corazón _____          | <input type="checkbox"/> Hepatitis _____                      |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad (TDAH) _____                              | <input type="checkbox"/> Convulsiones _____                   | <input type="checkbox"/> Visión / problemas de audición _____ |
| <input type="checkbox"/> Otras alergias graves <i>(describir)</i> _____           |   |   |
| <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica <i>(describir)</i> _____      |   |   |
| <input type="checkbox"/> Condición de salud mental _____                          |   |   |
| <input type="checkbox"/> Otro problema de salud _____                             |   |   |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos de atención de salud especializados _____ |   |   |

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

### SERVICIOS ESTUDIANTILES / EDUCACIÓN ESPECIAL

¿Fue su hijo matriculado en una clase de educación especial o recibe servicios especiales de apoyo a su escuela anterior?  Sí *(Marque el tipo de servicios de más abajo)*  No

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Recursos (RSP)                          | <input type="checkbox"/> Consejería                      |
| <input type="checkbox"/> Clase de Día Especial (SDC)             | <input type="checkbox"/> Mejoramiento de Asistencia      |
| <input type="checkbox"/> Del Habla                               | <input type="checkbox"/> Mejoramiento del comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Plan de 504                             | <input type="checkbox"/> Servicios para Desamparados     |
| <input type="checkbox"/> GATE (Estudiantes Dotados y Talentosos) | <input type="checkbox"/> Tutoría                         |
| <input type="checkbox"/> Aprendices de Inglés                    | <input type="checkbox"/> Otro: _____                     |

### DOMICILIO

¿Dónde está su hijo / familia viviendo actualmente? *(Marque sólo una casilla.)*  
*Utilizaremos esta información para determinar si su hijo tiene derecho a recibir asistencia adicional.*

- Con amigos o miembros de la familia en una casa o apartamento debido a la pérdida de la vivienda o de otras dificultades económicas
- En un motel, vehículo o campamento por razón de no tener comodidades alternativas
- En un programa de refugio de emergencia y transitorio
- En una vivienda "Foster"
- Ninguna de las opciones presentada aplica.

### DISCIPLINA DEL ESTUDIANTE / RETENCIÓN

¿Se ha mantenido su hijo (**retenido**) en cualquier escuela?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el grado(s) \_\_\_\_\_

¿Alguna vez el estudiante ha sido **expulsado** de otro distrito escolar?  Sí  No

En caso afirmativo, fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela / distrito: \_\_\_\_\_

### CONTACTOS DE EMERGENCIA

Si mi hijo está enfermo o tiene un accidente / emergencia y no puede ser alcanzado, por favor llame y libere a mi hijo a (debe ser mayor de 18 años de edad y mostrar ID):

Nombre	Relación	Número De Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____