

# FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PLEASANTON

**LOS TITULOS MARCADOS SON REQUERIDOS POR EL ESTADO Y DEBEN DE SER COMPLETADOS.** Pagina 1 de 2

Fecha de Entrado	No. ID del Estudiante	Escuela	Grado	Maestro/Consejero
------------------	-----------------------	---------	-------	-------------------

**LLENE EL FORMULARIO COMPLETAMENTE - EL ESTADO REQUIERE QUE LLENE LAS AREAS RECALCADAS**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido(s)
-----------------------	---------------	----------------	-------------

EL ESTUDIANTE TAMBIEN ES CONOCIDO COMO	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido(s)
--	---------------	----------------	-------------

DIRECCIÓN DONDE VIVE	Calle	Ciudad	Código Postal	VERIFICACIÓN	Fecha que se mudó
----------------------	-------	--------	---------------	--------------	-------------------

DIRECCIÓN DE CORREO (Si es diferente)	Ciudad	Código Postal
---------------------------------------	--------	---------------

**Domicilio** - ¿donde esta viviendo su hijo(a) en el presente? (requisito federal por NCLB) - Por favor marque la casilla apropiada:

En vivienda unifamiliar (casa, apartamento, condominio, casa movable)
  En un motel/hotel (09)  
 Vivienda de doble familia (compartiendo vivienda con otra familia / personas debido a dificultad economica) (11)
  Sin albergue (auto / campamento) (12)  
 En un albergue o programa de hogar transitorio (10)
  Otre (15) (por favor especifique) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO	VERIFICACIÓN	LUGAR DE NACIMIENTO / CIUDAD / ESTADO / PAIS	TEL CASA / CELULAR	SEXO	GRADO
---------------------	--------------	--	--------------------	------	-------

**ORIGEN ETNICO DE SU HIJO(A) (marque uno):**

Hispano o Latino     No Hispano o Latino

**RAZA DE SU HIJO (favor de marcar hasta cinco categorías de raza):**

*La pregunta anterior es de ÉTNICO, no de raza. No importa lo que seleccione arriba, por favor continúe respondiendo lo siguiente al marcar una o más de las casillas para que indique cual considera su raza.*

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (100) | <input type="checkbox"/> Laosiano (206)         | <input type="checkbox"/> Samoano (303)                     |
| <input type="checkbox"/> Chino (201)                              | <input type="checkbox"/> Camboya (207)          | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304)                   |
| <input type="checkbox"/> Japones (202)                            | <input type="checkbox"/> Hmong (208)            | <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico (399)         |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203)                            | <input type="checkbox"/> Asiático de otro (299) | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino-Americano (400) |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita (204)                         | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301)         | <input type="checkbox"/> Afro American or Negro (600)      |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático (205)                     | <input type="checkbox"/> Guaymense (302)        | <input type="checkbox"/> Blanco (700)                      |

**ENCUESTA DEL IDIOMA EN CASA**

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que cada estudiante habla en casa.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo(a) cuando comenzó a hablar? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué idioma usa su hijo(a) más frecuentemente en casa? \_\_\_\_\_
3. ¿Qué idioma le habla usted a su hijo(a) \_\_\_\_\_

-+.

ESCUELA MAS RECIENTE DEL ESTUDIANTE	FECHA DE SALIDA	FECHA QUE INICIO ESCUELA EN CALIFORNIA	FECHA QUE INICIO PRIMER ESCUELA EN EE.UU.
-------------------------------------	-----------------	--	---

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA (calle, apartado postal)	Ciudad	Estado	Código Postal
--	--------	--------	---------------

¿HA ASISTIDO SU HIJO A LA ESCUELA EN ESTE DISTRITO ANTES? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SI ASI ES, ¿CUAL ESCUELA?: ¿CUANDO?:	¿TIENE SU HIJO ALGUNA CONDICION MEDICA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SI ASI ES, ESPECIFIQUE CUAL:
--	---

¿TIENE SU HIJO UN PLAN DE EDUCACION INDIVIDUAL ACTUAL? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SI ASI ES, ESPECIFIQUE <input type="checkbox"/> Clase de Educacion Especial <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Recursos <input type="checkbox"/> Otra	¿ESTA SU HIJO INSCRITO EN ALGUNO DE ESTOS PROGRAMAS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SI ASI ES, ESPECIFIQUE <input type="checkbox"/> Especialist de Lectura <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> Desarrollo del Ingles <input type="checkbox"/> Dotado
--	--

EL ESTUDIANTE VIVE CON: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Padre solamente <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> No pariente <input type="checkbox"/> Madre solamente <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos <input type="checkbox"/> Madre/Padrastra <input type="checkbox"/> Pariente Custodio compartida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    ¿Existe una orden de restriccion en vigor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES (Marque la respuesta que describe al padre con más alto nivel educativo) <input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de universidad <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de posgraduado <input type="checkbox"/> Algo de universidad, incluyendo titulo de asociado (AA) <input type="checkbox"/> Se refusa contestar o se desconoce
---	--

PADRE/TUTOR LEGAL (nombre completo) con quien vive el estudiante	MADRE/TUTOR LEGAL (nombre completo) con quien vive el estudiante
--	--

RELACION (si es otra que el padre)	RELACION (si es otra que el padre)
------------------------------------	------------------------------------

NOMBRE DE LUGAR DE TRABAJO	TELEFONO	NOMBRE DE LUGAR DE TRABAJO	TELEFONO
----------------------------	----------	----------------------------	----------

DOMICILIO DE TRABAJO	DOMICILIO DE TRABAJO
----------------------	----------------------

OTROS NINO QUE VIVEN EN CASA	OTROS NINO QUE VIVEN EN CASA
------------------------------	------------------------------

Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela	Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela

ENTIENDO QUE DADO A CAMBIOS EN LA INSCRIPCION, MI HIJO(A) QUIZAS NO PUEDA ASISTIR A LA ESCUELA DEL VECINDARIO, O QUE TENGA QUE HABER AJUSTES EN LAS CLASES ASIGNADAS. Yo doy mi autorizacion al personal del Distrito Escolar Unificado de Pleasanton para hacer arreglos con el doctor y dentista mencionados en la tarjeta de emergencias o con el hospital mas cercano para darle tratamiento a mi hijo(a) en caso de un accidente o enfermedad de emergencia en el caso que yo no pueda ser contactada para recibir o dar informacion sobre mi hijo(a).

**LA FALSIFICACION DE LA INFORMACION DE INSCRIPCION PONE EN RIESGO LA INSCRIPCION EN EL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PLEASANTON. CERTIFICO QUE TODO LO ESCRITO ARRIBA ES EXACTO Y VERDADERO.**

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE

RECORDS REQUEST (Date)

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PLEASANTON  
FORMULARIO DE INSCRIPCION**

**Pagina 2 de 2**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

**1. Inscripción:**

Entiendo que dado a cambios en la inscripción, mi hjo(a) quizás no pueda asistir a la escuela del vecindario, y / o tenga que haber ajustes en las clases asignadas.

**2. Vacunación:**

El Codigo de Salud y Seguridad de California, division 105, parte 2, capitulo 1, secciones 120325-120380, titulo 17, division 1, capitulo 4, secciones 6000-6075, requieren que cada niño que comienza la escuela en California sea vacunado con las vacunas de polio, difteria, tetanos, pertussis, sarampión, paperas, rubeola, hepatitis B, y vacuna de varicela o entregue un documento comprobante de un proveedor medico o doctor que indique que tuvo la enfermedad de varicela o prueba de inmunidad.

I. Si un estudiante sé esta transfiriendo de una escuela publica dentro de California a otra escuela publica en California, usted tiene 30 dias para entregar comprobante / boleta de vacunación. Despues de 30 dias sin comprobante valido de vacunación, usted recibirá un “Aviso de Exclusión de Asistir a la Escuela.”

II. Si un estudiante comenzando TK/el kinder (jardin de niños), sé esta transfiriendo de una escuela privada, sé esta transfiriendo de una escuela fuera del estado o de fuera del país, usted debe de presentar el comprobante de vacunación antes de entrar a una escuela de California. Todas las vacunas deben de estar vigentes antes de que el estudiante pueda comenzar la escuela.

**3. Disciplina:**

Por favor conteste a las siguientes preguntas con SI o NO:

\_\_\_\_\_ ¿Alguna vez se ha recomendado que su hijo(a) sea expulsado?

\_\_\_\_\_ ¿Está su hijo(a) en el proceso de ser expulsado?

\_\_\_\_\_ ¿A sido su hijo(a) expulsado de la escuela?

**Si asi fue**, por favor indique lo siguiente:

Nombre del distrito escolar:

\_\_\_\_\_

Año escolar de la expulsión:

\_\_\_\_\_

¿Ha sido su hijo admitido otra vez al distrito escolar?

\_\_\_\_\_ Si      \_\_\_\_\_ No

He leído y entiendo completamente lo anterior.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha