



Paquete de Inscripción

Seleccione la escuela de residencia:

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bell Avenue 922-0202 | <input type="checkbox"/> Glenwood 922-2767 <i>(uniformes escolares)</i> | <input type="checkbox"/> Main Avenue 929-9559 | <input type="checkbox"/> Robla 649-5200 | <input type="checkbox"/> Taylor Street 927-5340 |
|--|---|--|--|--|

Estamos muy contentos en darle la bienvenida a usted a nuestra familia del Distrito Escolar Robla. Para registrar su niño/a, debemos tener los siguientes documentos.

- Formulario de inscripción**
- Encuesta del idioma en el hogar**
- Aviso de las restricciones de tamaño de clase**
- Prueba del residencia** (Una factura de servicios públicos con su nombre y dirección dentro del distrito, una declaración de hipoteca o una carta de servicios sociales)
- Certificado de nacimiento**
- Los registros de vacuna**
 - a. Polio (OPV o IPV) — 5 dosis
 - b. DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente) — 5 dosis
 - c. MMR (sarampión, paperas, rubéola) — 2 dosis
 - d. Hepatitis B — 3 dosis
 - e. Varicella (Viruelas locas) — 1 dosis
- Para Kindergarten - Formulario de evaluación de la salud bucal** (La ley de California exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año de la escuela)

NOTA: Los niños que cumplen 5 años de edad en o antes del 1 de Septiembre 2019 pueden inscribirse en el kindergarten. Los niños que cumplen 5 años entre el 2 de septiembre y el 1 de diciembre 2019 califican para Kindergarten Transicional.
- Para primer grado – Informe del Examen de Salud para el Ingreso a la Escuela** (La ley de California exige que su hijo se haga una evaluación de salud completado 18 meses antes o hasta 90 días después de inscribirse en el primer grado.)

Solicitud de Transporte en Autobús? SI NO

Parada: _____



DISTRITO ESCOLAR ROBLA FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor llene completamente. Por favor 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 (____) _____ - _____

Fecha de Anotación Escuela EE.UU. ____/____/____ Grado entró escuela EE.UU. _____

El estudiante ha asistido previamente a una escuela pública de California? Sí No

Última Fecha que Asistió ____/____/____

Última Escuela que Asistió _____ Ciudad _____ Estado _____

INFORMACIÓN DE PADRES / TUTOR

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

Islaño del Pacífico

Hawaiano

Samoa

Guameño

Tahitiano

Otro Islaño del Pacífico: _____

Blanco (no hispano o latino)

Otra Raza (incluyendo hispanos): _____

PADRE / TUTOR MÁS ALTO NIVEL DE EDUCACIÓN

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 _____

Teacher _____ Room # _____ Grade _____

INSTRUCCIONES DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

En caso de accidente o emergencia cuando un padre / tutor no está disponible, autorizo a personal 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: _____ |

RESIDENCIA

¿Dónde está su hijo / familia viviendo actualmente? (Marque sólo una casilla.)

Esta información se utilizará para determinar si su niño califica para cualquier asistencia adicional bajo el Ningún Niño Se Quede Atrás del 2001.

- 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 |
|--------|----------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |



ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

| | | | | | |
|--|-----------------|-----------------|------------------|--------------|------------------|
| ¿A cuál escuela asistirá su hijo? circule una) | | | | | |
| BELL AVE | GLENWOOD | MAIN AVE | PRESCHOOL | ROBLA | TAYLOR ST |

Nombre del Estudiante: _____
 (Apellido / Apellido Familiar) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Edad del Estudiante: _____ Nivel del Grado: _____ Nombre del Maestro: _____

Aviso: El personal del distrito escolar debe completar todos los elementos de información por encima de esta línea.

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

1. *¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?* _____
2. *¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia?* _____
3. *¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo?* _____
4. *¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?* _____

Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado a continuación y devuelva el formulario al maestro de su hijo. Muchas gracias por su cooperación.

 (Firma del padre/madre o tutor)

 Fecha)



AVISO ESPECIAL PARA LOS PADRES: RESTRICCIONES DEL TAMAÑO DE CLASES

SELECCIONE ABAJO LA ESCUELA DE RESIDENCIA

Bell Ave

1900 Bell Avenue

Glenwood

201 Jessie Avenue

Main Ave

1400 Main Avenue

Robla

5200 Marysville Blvd.

Taylor St

4350 Taylor Street

Debido a las restricciones de tamaño de clase en nuestro distrito, hay una posibilidad de que vamos a reasignar su hijo a otra clase u otra escuela dentro de nuestro distrito. Para garantizar la coherencia y la estabilidad en el programa educativo de su hijo, la asignación puede ser por un año o más tiempo si las condiciones persisten. Proporcionamos generalmente el transporte hacia y desde la escuela para los estudiantes que son reasignados por la aglomeración. Basamos nuestra decisión de reasignar los estudiantes en varios factores que se enumeran a continuación.

- 1) **Tamaño de Clase:** State law and teacher contract limit the number of students permitted per class.
 - a) Máximo de 24 estudiantes en los grados de K-3
 - b) Máximo de 30 estudiantes en los grados de 4-6
- 2) **El Balance Estudiantil:** Todas las clases tienen una variedad de niveles de habilidad.
- 3) **Número de estudiantes en cada nivel de grado:** Cuando los estudiantes llegan a números que no se dividen en clases de tamaño adecuado, se deben tomar decisiones para combinar dos grados, el transporte de los estudiantes o encontrar otra solución. En los casos de sobrepoblación, los estudiantes pueden ser transportados a otra escuela del distrito.
- 4) **Programas Especiales:** Las leyes estatales y federales limitan la cantidad de alumnos permitidos por maestro de educación especial.

Nuestro objetivo es proporcionar un programa educativo de calidad para su hijo y para todos los estudiantes atendidos por nuestro distrito. Se agradece su cooperación y comprensión.

Mi firma a continuación reconoce que soy consciente de que sobrepoblación puede ocurrir y mi hijo puede ser reasignado a otra clase o escuela en base a los criterios anteriores.

Nombre del Estudiante

Firma de los Padres

Fecha