

Northern Humboldt Union High School District**Formulario de Inscripción para Alumno Nuevo**
 Arcata HS McKinleyville HS Pacific Coast HS Tsurai HS Six Rivers Charter HS

 Nombre Legal del Estudiante: _____
(Apellido) (Primer nombre – no apodo) (Segundo nombre – no iniciales)

Nombre Preferido/Apodo (si es el caso): _____

Correo Electrónico del Estudiante: _____ teléfono celular (_____)

 Sexo: Masculino Femenino Escuela anterior: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento - Ciudad: _____ Estado: _____

País: _____

Si el país del nacimiento del estudiante no es los EE. UU, por favor complete esta sección:

Fecha de llegada a EE.UU.: _____ Fecha de inscripción en la escuela estadounidense: _____ Fecha de

inscripción en una escuela de California: _____

Residencia primaria del estudiante:
 Dirección Física: _____
(Número y nombre de la calle o avenida) (Ciudad) (Código postal)

Dirección Postal (si es diferente): _____

 ¿Vive Ud. fuera del área de jurisdicción de la escuela? SÍ NO

 ¿Si la respuesta es sí, ¿tiene usted contrato inter-distrital? SÍ NO En Proceso

 ¿Ha asistido el/la estudiante a otra escuela o distrito anteriormente? SI NO Si la respuesta es sí, nombre la escuela: _____

 ¿Tiene Ud. un hermano que actualmente asiste a esta escuela? SÍ NO Si la respuesta es sí, nombre el hermano: _____
Padres/Tutor/a (Con quien el estudiante vive):
 (Marque todo lo que corresponda) Padre Madre Ambos (dos artículos marcados) Padrastro

 Madrastra

 Padres del anfitrión Tutor/a Casa de acogida/grupo Otro _____

 ¿Es la persona (o personas) marcadas arriba el/la tutor/a LEGAL del estudiante? SÍ No (**Declaración juramentada del tutor legal**)

 ¿Existe una orden judicial de la custodia de este estudiante? SI No (**Acceso Parental a Información Estudiantil**)

 Uno de los padres o tutor es un miembro de las Fuerza Armadas (El Ejército, La Armada, La Fuerza Aérea, LA fuerza Naval, o La Guardia Costera) en servicio activo, o está trabando tiempo completo en La Guardia Nacional.
Usted debe completar uno de los siguientes:
#1 (Marque uno): Padre/ Madre/ Padrastro/ Madrastra/ Padres del anfitrión/ Tutor/a / Casa de acogida/ Otro

Nombre: _____ Correo Electrónico: _____ Casa (_____)

Celular (_____) Trabajo (_____) Empleador: _____

#2 (Marque uno): Padre/ Madre/ Padrastro/ Madrastra/ Padres de anfitrión/ Tutor/a / Casa de acogida/ Otro

Nombre: _____ Correo Electrónico: _____ Casa (_____)

Celular (_____) Trabajo (_____) Empleador: _____

#3 Duplicado Postal – Si divorciados/separados y custodia conjunta permite que podemos enviar información a otro padre:

 Nombre: _____ Relación al estudiante: _____ Género: Masculino Femenino:

 Dirección física: _____
(Casa # o nombre de calle) (Ciudad) (Código postal)
Contacto(s) de emergencia además de padres:
 #1 Nombre: _____ Relación al estudiante: _____ Género: Masculino Femenino:

Casa (_____) Celular (_____) Trabajo (_____)

 #2 Nombre: _____ Relación al estudiante: _____ Género: Masculino Femenino:

Casa (_____) Celular (_____) Trabajo (_____)

#3 Nombre del médico del estudiante: _____ Teléfono (_____)

Información Escolar Anterior

Ultima escuela asistido: _____
 (Nombre de escuela) (Nombre de calle y #) (Cuidad) (Estado) (Código postal)

Año escolar: _____ Grado: _____ ¿El estudiante asistió este escuela por un traslado inter/intra distrito? SI NO

Fecha de retirada: _____ Razón de la retirada: _____

Por favor especifique los servicios educativos que el estudiante llamado encima ha recibido, incluyendo grado escolar y la escuela asistió en el tiempo.

SERVICIO	GRADO	ESCUELA	SERVICIO	GRADO	ESCUELA
EDUCATION ESPECIAL			ESCUELA DE OPPORTUNIDAD		
<i>Programa de Recursos (RSP)</i> _____			CENTRO CORRECCIONAL DE MENORES _____		
<i>Día Especial Clase (SDC-LH)</i> _____			<i>Su estudiante tiene libertad vigilada (probación)?</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<i>Día Especial Clase (SDC-SH)</i> _____			<i>Nombre de oficial de probación:</i> _____		
SERVICIOS de la SECCION 504 _____			COMUNIDAD ESCOLAR _____		
SERVICIOS del TITULO 1 _____			ESCUELA PRIVADA _____		
OTROS SERVICIOS _____			ESCUELA EN CASA _____		
PROG. DE DESAROLLO DE LENGUA INGLES _____			Escuela de CONTINUACION _____		
SERVICIOS DE INSTRUCCION DESIGNADOS (DIS)			ESTUDIO INDEPENDIENTE _____		
<i>Discapacidad de habla y lengua</i> _____					
<i>Discapacidad auditiva</i> _____					
<i>Discapacidad de visión</i> _____					
<i>Otro</i> _____					

Información médica:

Su estudiante está en un programa de prescripción permanente prescrito por un médico: SI NO

Si la respuesta es sí, la escuela tiene el permiso contactar el doctor:

Nombre del doctor: _____ Teléfono: _____

Medicamento: _____ Dosificación: _____

Medicamento: _____ Dosificación: _____

¿En caso de un accidente, si no nos es posible ponernos en contacto con usted, tenemos el permiso para llevar a su niño a su médico o aun hospital? SI NO

¿Están los registros de inmunizaciones completos? SI NO EXENCIÓN ¿Está el estudiante tomando un medicamento a largo plazo? SI NO

¿Problemas especiales de salud y/o discapacidad física? (I.e. Asma, dificultades auditivas, diabetes, desmayo, ataques, alergias, problemas de habla o visión) SI NO

Si la respuesta es sí, especifique: _____

Firma de estudiante

Firma de padre/tutor

Ningún estudiante participando en programas patrocinados por el consejo administrativo podrá ser excluido de la participación en, virtud de su sexo, edad, raza, nacionalidad, credo, religión, situación económica o social, discapacidad física, estado civil o embarazo. No se rechazarán los beneficios, o será objeto de discriminación en los programas de educación según la definición política de la Junta en 5148.

(FOR OFFICE USE ONLY) Pupil Services:	Programs:	English Learner:	Demographics:
SM# _____ PASS PIN _____	Special Ed. _____ Date: _____	Checklist _____	NSLP (FREE/REDUCED/NONE) _____
Locker# _____ PASS Letter _____	Title 1 _____ Date: _____	Home Lang. Survey _____	School Mobility _____
Binder _____ Counselor _____	504 Plan _____ Date: _____	Parent Notification _____	District Mobility _____
AttnFldr _____ Schedule _____	GATE _____ Date: _____	CELDT _____ Date: _____	Home Language _____
Lib _____ Registrar _____	AAI _____ Date: _____	Reclass. Date: _____	Ethnicity _____
Internet _____ Transcript _____	IJO _____ Date: _____	EL Status _____	Parent Ed. _____
Imm. _____ ReqRecords _____	IA/IE _____ Date: _____	Less than 12 months (Y/N) _____	CSIS# _____

Encuesta de lenguaje en casa

Nombre de estudiante: _____
(Apellido) (Primer nombre – no apodos) (Segundo nombre – no iniciales)

Escuela: _____ Edad: _____ Grado: _____

Instrucciones para padres y tutores:

El Código de Educación de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas para determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan ofrecer los programas y servicios educativos adecuados.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con este requisito legal. 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 todas las preguntas.

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 de padre/madre/ tutor

Fecha

Información Demográfica

El estado de California **requiere** que documentamos la información siguiente para cada estudiante que inscrito en nuestro distrito:

¿Cuál es su origen étnico? (Por favor marque uno)

- Hispánico o Latino (Una persona que es de Cuba, México, Puerto Rico, América Central o Sur, o otra cultura hispanica o origen, sin tener cuenta de raza)
 No Hispánico o Latino

¿Cuál es su raza? (Por favor marque por lo mas cinco categorías)

La pregunta encima es sobre su origen étnico, no su raza. No importa lo que usted ha seleccionado anteriormente, por favor conteste la siguiente marcando uno o más casillas para indicar lo que usted cree que su raza (s) es.

- American Indian or Alaskan Native (100) Laotian (206) Tahitian (304)
(Una persona que tiene un origen étnico de cualquier pueblo originario de América del Norte, Central, o Sur.) Cambodian (2) Other Pacific Islander (399)
 Chinese (201) Hmong (208) Filipino/Filipino American (400)
 Japanese (202) Other Asian (299) African American or Black (600)
 Korean (203) Hawaiian (301) White (700)
 Vietnamese (204) Guamanian (302) (Una persona que tiene un origen étnico de cualquier pueblo originario de Europa, Norte de África, Noroeste de Asia o Oriente Medio)
 Asian Indian (205) Samoan (303)

NIVEL EDUCATIVO DE PADRES: (Debe rodear uno)

Si el niño vive con ambos padres, indique solamente el padre que tiene la alta nivel de educación. Si el niño vive solamente con un padre, indique el nivel de educación de ese padre. Por favor rodee su respuesta.

14 = No un graduado de escuela secundaria

13 = Un graduado de la escuela secundaria

12 = Algunas clases a la universidad (Este significa clases completos a la universidad, no cursos técnicos o vocacionales.)

11 = Graduado de la universidad (B.A. o B.S. titulo)

10 = Instituto posgrado de la universidad

