

► ¿Ha asistido alguna vez su estudiante a las escuelas públicas de CORCORAN? ☐ Sí ☐ No

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA- NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE

Nombre Legal

Segundo Nombre Legal

Apellido Legal

Otro Nombre Legal (si aplica)

☐ Masculino ☐ Femenina Fecha de Nacimiento:

Mes

Día

Año

Nombre del Padre/Tutor

Apellido

Teléfono de Casa

Teléfono de Empleo

Nombre del Padre/Tutor

Apellido

Teléfono de Casa

Teléfono de Empleo

Celular

Otros #'s

Domicilio de Correspondencia

Ciudad

dirección de correo electrónico

Domicilio de Residencia (# de casa & nombre de la calle) (SI ES DIFERENTE)

Ciudad

dirección de correo electrónico

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO(A)? (Favor de marcar uno): ☐ Hispano o Latino (Una persona de origen o cultura Cubana, Mexicana, Puertorriqueña, Sudamericana o Centroamericana, u otra cultura u origen Español, independientemente de la raza) ☐ No Hispano o Latino

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO(A)? (Favor de marcar hasta cinco categorías raciales)

La parte superior de la pregunta es sobre la etnicidad, no la raza. Independientemente de lo que seleccionó arriba, por favor siga contestando lo siguiente marcando una o más casillas para indicar lo que considere que sea su raza.

☐ Indígena de los EE.UU. o Nativo de Alaska (100)
(Personas de origen de cualquiera de las personas originales de Norteamérica, América Central o Sudamérica)

☐ Chino (201)☐ Japonés (202)☐ Coreano (203)☐ Vietnamita (204)☐ Indoasiático (205)☐ Laoisiano (206)☐ Camboyano (207)☐ Hmong (208)☐ Otro origen Asiático (299)☐ Hawaiano (301)☐ Guamano (302)☐ Samoano (303)☐ Tahitiano (304)☐ Otro Habitante de las Islas del Pacífico (399)☐ Filipino/Filipino Americano (400)☐ Afroamericano o Negro (600)☐ Blanco (700) (Personas de origen de cualquiera de las personas originales de Europa, Africa del Norte, o el Oriente Medio)

LUGAR DE NACIMIENTO DEL NIÑO(A):

Fecha de la primera vez que asistió a la escuela en los EE.UU.

CIUDAD

ESTADO

PAÍS

Mes

Día

Año

Fecha de la primera vez que asistió a la escuela en California

¿En cuál idioma le gustaría recibir notificaciones por escrito de parte de la escuela? ☐ Inglés ☐ Español

Mes

Día

Año

Residencia—¿dónde vive su familia/niño(a) actualmente? (exigido federalmente por NCLB)-Favor de marcar la casilla apropiada:

☐ En una residencia permanente unifamiliar (casa, apartamento, condominio, casa móvil)☐ Vivienda compartida (compartir una vivienda con otras familias/personas por dificultades o pérdidas económicas) (11)☐ En un refugio o programa de vivienda transitoria (10)☐ En un motel/hotel (09)☐ Sin hogar (automóvil/campamento) (12)☐ Otro (15) (favor de especificar) _____

Datos del Padre/Tutor (con quien vive el estudiante) – marque todos los que aplican

☐ Padre ☐ Madre ☐ Ambos ☐ Padrastro ☐ Madrastra ☐ Tutor ☐ Hogar adoptivo/casa hogar ☐ Otro _____

¿Es la persona(s) (marcada) arriba el tutor(a) LEGAL del estudiante? ☐ Sí ☐ No Si es No, favor de llenar una "Declaración Jurada del Cuidador"

Si hay un convenio de custodia legal tocante a este estudiante, favor de marcar uno: ☐ Custodia compartida ☐ Custodia Exclusiva ☐ Guardián

ESCUELA DE ASISTENCIA MÁS RECIENTE:

Escuela

Domicilio/Ciudad/Estado/Código Postal

Grado(s)

Fecha(s)

Student Last Name:

En caso de que mi hijo(a) se enferme o en caso de una emergencia y no puedan ponerse en contacto conmigo, pueden llamarlo o entregarle a mi hijo(a) a:

1. Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco al Niño(a): _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ dirección de correo electrónico: _____
2. Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco al Niño(a): _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ dirección de correo electrónico: _____

Tiene su hijo(a) un historial diagnosticado de: (marque todos los que aplican)

- ☐ Asma ☐ Convulsiones ☐ Problemas del Habla ☐ Alergias Nombrar: _____
☐ Diabetes ☐ Problemas del corazón ☐ Problemas del Oído ☐ Problemas de vista: Lentes _____ Lentes de contacto _____
☐ Tubo de _____ ☐ Problemas de riñones/ vejiga ☐ Déficit de atención (ADD/ADHD)

desviación

☐ Cirugías / Operaciones Favor de nombrarlas: _____

Médico de su hijo(a): _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguro Médico _____ # de Grupo _____ # de Póliza _____

Doy consentimiento para que mi seguro médico pague por los servicios médicos reembolsables: ☐ Sí ☐ No

¿Toma medicamentos su hijo(a) por lo regular ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, favor de explicar: _____

CORRESPONDENCIA DUPLICADA – Si están divorciados/separados & la custodia compartida permite que se le proporcione al otro padre la correspondencia/información duplicada,

Favor de incluir su nombre, domicilio, y número telefónico:

Nombre completo: _____ # Telefónico: () _____

Domicilio de correspondencia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Favor de apuntar a todos los niños en su hogar, escuela de asistencia y nivel educativo

NOMBRE	M/F	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO	NOMBRE	M/F	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO

¿Hay informes psicológicos o confidenciales disponibles de la escuela anterior de su hijo(a)? ☐ Sí ☐ No

¿Ha estado suspendido su hijo(a)? ☐ Sí ☐ No ¿Ha sido alguna vez expulsado su hijo(a)? ☐ Sí ☐ No

¿Cuáles servicios especiales ha recibido su hijo(a)? (**favor de marcar todas las casillas que aplican**)

Educación Especial: ☐ Recursos (RSP) ☐ Clase Especial de Día (SDC) ☐ Habla/Lenguaje ☐ 504

Otro: ☐ Dotado (GATE) ☐ Matemáticas de Refuerzo ☐ Lectura de Refuerzo ☐ Consejería ☐ Desarrollo del Lenguaje de Inglés

☐ Ayuda para Mejorar la Asistencia/Comportamiento ☐ Otro (Especifíque) _____

EDUCACIÓN DE PADRES – Marque la respuesta que describe el nivel educacional del **padre más educado.**

- ☐ Título Universitario o más alto (10) ☐ Algo de Colegio o Título de Asociado (12) ☐ Graduado de la Preparatoria (13)
☐ Graduado de la Universidad (11) ☐ No se graduó de la preparatoria (14)

PERMISO PARA EL INTERNET

He/Hemos leído y firmado el Acuerdo para el Uso del Internet. Entiendo que este acceso está diseñado para propósitos educativos. Por la presente doy permiso para que mi hijo(a) reciba una cuenta de internet/red. Sí ☐ No ☐

PERMISO PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Doy/damos permiso para que mi/nuestro estudiante sea observado, entrevistado, fotografiado y/o grabado cuando un representante de los medios de comunicación tenga permiso del director o designado para estar en el plantel. Sí ☐ No ☐

AUTORIZACIÓN MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA

Soy/ somos los padres/tutores del estudiante arriba nombrado. En caso de que no puedan ponerse en contacto conmigo/con nosotros durante una emergencia, autorizo/autorizamos que un representante de la escuela, conforme a las provisiones de la sección 6910 del código familiar, actúe como un agente para autorizar la administración de cualquier y todo el cuidado médico, dental, hospitalario o quirúrgico para el estudiante arriba nombrado.

He/Hemos repasado este documento de dos páginas y según mi/nuestro leal saber y entender, la información incluida en lo presente es verdadera y fiel. El abajo firmante declara bajo pena de perjurio que son los padres o tutores legales del estudiante arriba nombrado y otorga las autorizaciones arriba nombradas.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Proof of Birth: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Residence: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Immunization: Type: _____ Verified by: _____	Entry Reason:	Enroll Date:	Assigned Grade:	Permanent ID:	Blank ☐ ET ☐ RC
--	--	---	---------------	--------------	-----------------	---------------	---

First Name:

Permanent ID: