



**DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR
DE WINDSOR
FORMA DE REGISTRO**

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE _____

ID PERM _____ ESCUELA _____

MAESTRO/A _____ SALON _____

FECHA DE MATRICULACION _____

Sexo

- Masculino
 Femenino

GRADO ACTUAL _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección para correspondencia _____ Ciudad _____ C.P. _____

Dirección de su residencia _____ Ciudad _____ C.P. _____

correo electrónico de los padres _____

Número de Seguro Social _____ Tel. de casa _____

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN

Padre _____ Tel.de su trabajo _____ Tel. Celular _____

Madre _____ Tel. de su trabajo _____ Tel. Celular _____

FECHA DE NACIMIENTO		
Mes _____	Día _____	Año _____
LUGAR DE NACIMIENTO		
Ciudad _____	Edo. _____	Condado _____
VERIFICACION NACIMIENTO		
Evidencia _____		Iniciales _____

¿CUÁL ES EL GRUPO ETNICO DE SU HIJO/A? (Por favor marque uno)

- Hispánico ó latino No es hispánico o latino

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO/A? (Marque hasta cinco categorías raciales)

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Indio americano ó nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> De Guam | <input type="checkbox"/> Otro asiático |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Hawaiano | <input type="checkbox"/> Otro de Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Negro ó americano africano | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Tahitiano |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Blanco |

Educación de los padres: (Marque sólo uno)

- No se graduó de la preparatoria (1)
 Graduado de la preparatoria (2)
 Algo de colegio o universidad (3)
 Graduado de universidad (4)
 Graduado de escuela/Entrenamiento Después de graduado (5)
 Me niego decir (6)

PROGRAMAS ESPECIALES: (Marque todos los que aplican)

- | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SDC | <input type="checkbox"/> Pasado | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Habla | <input type="checkbox"/> Pasado | <input type="checkbox"/> Presente |
| <input type="checkbox"/> RSP | <input type="checkbox"/> Pasado | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> GATE | <input type="checkbox"/> Pasado | <input type="checkbox"/> Presente |

- Otro Pasado Presente

EL ESTUDIANTE RESIDE CON: (marque)

- padre madre
 padrastro madrastra
 tutor (masculino) tutor (femenino)
 padre adoptivo madre adoptiva
 otro

Estado Civil de los padres

- casados
 separados
 divorciados
 fallecidos

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA PREVIA

Nombre de la escuela previa _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____
 Teléfono _____ Grado _____

¿Han estado alguna vez matriculados en el Distrito Unificado de Windsor? Sí contestó Sí, año _____ escuela _____

INFORMACION SOBRE LA SALUD:

- Alergia a abejas _____ Fecha de última picadura _____
- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias de comida | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales | <input type="checkbox"/> Problemas del habla |
| <input type="checkbox"/> Alergias de la estación | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Ataques | <input type="checkbox"/> Visión |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Oído | <input type="checkbox"/> Toma medicamento regularmente | |
| <input type="checkbox"/> Asma Severa | <input type="checkbox"/> Condición cardiaca | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Condición renal | | |

Describa la reacción _____

Comprendo que debo de llenar un FORMULARIO PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICINA y tenerlo en el archivo de mi hijo/a para que le administren **cualquier** medicamento.

¿Qué? _____ ¿Cuándo? _____
 ¿Por qué? _____

OTROS HERMANOS QUE VIVEN EN SU CASA:

Nombre _____	Nacimiento _____	Nombre _____	Nacimiento _____	Nombre _____	Nacimiento _____
--------------	------------------	--------------	------------------	--------------	------------------

ENCUESTA DEL IDIOMA:

El Código Educativo de California requiere a las escuelas que determinen el idioma(s) que cada estudiante habla en casa. Esta información es esencial para que las escuelas ofrezcan instrucción significativa para todos los estudiantes. Le pedimos su cooperación en ayudarnos a cumplir con este requisito. Por favor conteste las siguientes preguntas:

- ¿Cuál idioma/dialecto aprendió su hijo/a cuando él/ella primero comenzó a hablar? _____
- ¿Qué idioma/dialecto usa su hijo/a más frecuentemente en la casa? _____
- ¿Qué idioma/dialecto usa usted más seguido para hablarle a su hijo/a? _____
- ¿Nombre el idioma/dialecto que hablan más seguido los adultos en casa? _____
- ¿Le han administrado a su hijo la prueba CELDT (Prueba de Desarrollo del Idioma Inglés de California)?
 Sí No No sé

Quando entró a US _____ Mes/Día/Año
Quando entró a escuela en US _____ Mes/Día/Año
Quando entró a escuela en CA _____ Mes/Día/Año

Por favor envíen a casa las cartas/reportes en: Inglés Español Necesitaré un intérprete para las juntas y conferencias

VACUNAS: Cumplió con los requisitos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DISCIPLINA: ¿Alguna expulsión previa, ó candidato para ser expulsado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> ORDEN JUDICIAL (Debe de tener copia en el archivo)	Explique: _____

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN _____ FECHA _____