



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

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE

ID PERM _____ ESCUELA _____

MAESTRO/A _____ SALON _____

FECHA DE MATRICULACION _____
Sexo **GRADO ACTUAL** _____
 Masculino
 Femenino

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección para correspondencia _____ Ciudad _____ C.P. _____

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

correo electrónico de los padres _____ 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)

Indio americano ó nativo de Alaska De Guam Otro asiático
 Indio asiático Hawaiano Otro de Islas del Pacifico
 Negro ó americano africano Hmong Samoano
 Camboyano Japonés Tahitiano
 Chino Coreano Vietnamita
 Filipino Laosiano 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)

SDG Pasado Presente Habla Pasado Presente 504 Pasado Presente
 RSP Pasado Presente GATE Pasado Presente Presente

Miembro activo de familias de las Fuerzas Armadas :
 No ___ Sí ___ Circule uno: 101(a)(4) Fuerzas Armadas o 101(d)(1) Servicio Activo o 101(d)(5) Guardia Nacional Tiempo Completo

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? Si contestó Sí, año _____ escuela _____

INFORMACION SOBRE LA SALUD:

Alergia a abejas _____ Fecha de última picadura _____
 Alergias de comida Desmayos
 Alergias de la estación Dolores de cabeza
 Asma Oído
 Asma Severa Condición cardiaca
 Diabetes Condición renal

Hemorragias nasales Problemas del habla
 Ataques Visión
 Toma medicamento regularmente

Describa la reacción _____

Comprendo que debo de llenar un FORMULARIO PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICINA y tenerlo en el archivo de mi hija/o 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	Para uso de la escuela <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 _____