



ESCALON UNIFIED SCHOOL DISTRICT STUDENT REGISTRATION

Grado

Número de teléfono celular de emergencia _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (POR FAVOR IMPRIMA)

Masculino Femenino

Apellido Legal		Nombre Legal		Segundo Nombre Legal	
Alias (si applicable)					
Dirección de residencia		Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección postal (si es diferente)					
Lugar de Nacimiento para Estudiante: Ciudad _____ State _____ Country _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____					

¿CUÁL ES LA PERTENENCIA ÉTNICA DE SU NIÑO? (Por favor marque una):

Hispano or Latino Not Hispano or Latino

(Una persona de origen cultura Cubana, Mexicana, Puerto Riqueña, Sud o Centro Americana sin importar su raza)

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU NIÑO? (Por favor marque hasta cinco categorías raciales) la pregunta que esta arriba es sobre la pertenencia etnica, no raza. Pase lo que pase usted selecciono encima, por favoe siga contestando lo siguiente marcando una o varias cajas para indicar lo que usted piensa que su raza es.

<input type="checkbox"/> Personas con irigenes de cualquier gente orginalmente de Norte, Centro y Sud America	<input type="checkbox"/> Personas con orgenes de cualquier gentr originalmente de Europa, Norte Africa o Medio Este
<input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Other Asian <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Hawaiian	<input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino American <input type="checkbox"/> Tahitian <input type="checkbox"/> African American or Black

INFORMACIÓN DE PADRES / TUTORES

INFORMACIÓN DEL padre / tutor con quien vive el estudiante						<input type="checkbox"/> Miembro militar activo
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Familia de Crianza/Casa Hogar <input type="checkbox"/> Otro						
Apellido de Padre/Guardian	Nombre	de telefono de Casa	Teléfono móvil	teléfono del trabajo	Email	
INFORMACIÓN DEL padre / tutor NO con quien vive el estudiante						Bien para liberar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Miembro militar activo
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Familia de Crianza/Casa Hogar <input type="checkbox"/> Otro						
Apellido de Padre/Guardian	Nombre	de telefono de Casa	Teléfono móvil	teléfono del trabajo	Email	
Envíos adicionales requeridos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - Dirección postal: _____						
Si hay un acuerdo de custodia legal con respecto a este estudiante, marque uno: <input type="checkbox"/> Custodia conjunta <input type="checkbox"/> Custodia exclusiva <input type="checkbox"/> Tutor legal						
Orden judicial archivada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Instrucciones especiales: _____						
EDUCACIÓN DE LOS PADRES: Marque la respuesta que describe el nivel de educación del padre de familia con el nivel más alto de educación.						
<input type="checkbox"/> No Graduate		<input type="checkbox"/> Algun Colegio		<input type="checkbox"/> Entrenamiento de post gradution		
<input type="checkbox"/> Gradiade de Secunderia		<input type="checkbox"/> AGraduado de la Univesidad		<input type="checkbox"/> Declino indicar/Desconocido		

CONTACTOS de EMERGENCIA

Relación	Nombre	de telefono de Casa	Teléfono móvil	teléfono del trabajo

En el caso de que no podamos contactar a un padre / tutor, los contactos mencionados anteriormente están autorizados para sacar a mi hijo de la escuela en caso de emergencia o enfermedad.

INFORMACION DE LOS HERAMANOS

Nombre		Grado		Escuela		Fecha de Nacimiento	
Nombre		Grado		Escuela		Fecha de Nacimiento	
Nombre		Grado		Escuela		Fecha de Nacimiento	
Nombre		Grado		Escuela		Fecha de Nacimiento	
Nombre		Grado		Escuela		Fecha de Nacimiento	

ENCUESTA DE IDIOMAS DEL HOGAR: Indique solo un idioma (el más utilizado) por línea 1) ¿Qué idioma / dialecto prefieres las comunicaciones escolares?

1)	¿Qué idioma / dialecto prefieres las comunicaciones escolares?
2)	¿Qué idioma / dialecto es el principal en el hogar?
3)	¿Qué idioma / dialecto es su idioma principal hijo / hija?
4)	¿Alguna vez su hijo ha recibido la prueba CELDT/ELPAC (prueba de desarrollo del idioma inglés de California)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

RESIDENCIA: ¿Dónde vive actualmente su hijo / familia? (mandato federal de NCLB)

- Marque la casilla correspondiente:

<input type="checkbox"/> En una residencia permanente de una sola familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil)	<input type="checkbox"/> En un motel / hotel
<input type="checkbox"/> Doubled-up (compartir vivienda con otras familias / personas debido a dificultades económicas o pérdidas)	<input type="checkbox"/> Sin refugio (coche / camping)
<input type="checkbox"/> En un albergue o programa de vivienda de transición	<input type="checkbox"/> Otro

ESCUELA QUE ASISTIO MAS RECIENTEMENTE

¿Alguna vez su hijo asistió a las escuelas públicas de Escalon? Yes No El año pasado asistió _____

Previous Escalon school of attendance: Dent Van Allen Collegeville Farmington El Portal Escalon High Vista Charter

Escuelas fuera de Escalon	Direccion/Ciudad/Estado/Codigo Postal	Grado(s)	Fecha(s)

INFORMACION DE EXPULSION

¿Ha sido expulsado el alumno de cualquier distrito escolar anterior? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Han suspendido a su hijo? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

EDUCACION ESPECIAL

¿Hay informes psicológicos o confidenciales disponibles en la escuela anterior de su hijo? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo? (Marque todas las casillas que correspondan)
<input type="checkbox"/> Recurso (RSP) <input type="checkbox"/> Clase de día especial (SDC) <input type="checkbox"/> Habla / Lenguaje
<input type="checkbox"/> Dotado (GATE) <input type="checkbox"/> Remediador <input type="checkbox"/> 504
<input type="checkbox"/> Asesoramiento <input type="checkbox"/> Lectura correctiva <input type="checkbox"/> IEP
<input type="checkbox"/> Otro
Notas:

Firma de Padre/Guardian: _____

Fecha: _____