

DISTRITO ESCOLAR DE ONTARIO-MONTCLAIR
Solicitud de inscripción

Nombre LEGAL del estudiante: _____
(Del acta de nacimiento) Apellido Primer nombre Segundo nombre Sufijo

Otro Nombre: _____ Femenino Masculino _____
Grado Teléfono del hogar

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lugar de nacimiento: _____
Mes / Día / Año Ciudad Estado País

Domicilio _____ Ciudad Estado Código postal

Dirección de correo (SI ES DIFERENTE) _____ Ciudad Estado Código postal

¿En qué mes y año fue inscrito su niño por primera vez en una escuela en los Estados Unidos? (Excluyendo Pre escuela) ____/____
Mes / Año

¿En qué mes y año fue inscrito su niño por primera vez en una escuela de California? (Excluyendo Pre escuela) ____/____
Mes / Año

¿Qué servicios está recibiendo este estudiante?
(Por favor marque las casillas que corresponden)

Recursos (siglas en inglés RSP)

Clase especial de día (SDC)

Habla/Lenguaje

Estudiante Dotado y talentoso (GATE)

Plan individual de educación (IEP) / 504 Plan de Acomodación

Educación física adaptada

Transfer: _____ **Uso de Oficina** School: _____

Student I.D. #: _____ Entry Date: _____ Boundary #: _____

Birth Verification: _____ **Proof of Residence:** _____ **Proof of Immunizations:** _____

Type: _____ Type: _____ Type: _____

Verified By: _____ Home School: _____

PADRES/TUTORES

El Estudiante vive con: Papá Mamá Padrastro Madrastra Tutela Hogar o Grupo de crianza Otro (Especifique) _____

Nombre del padre o tutela _____ Apellido _____ (____) _____
Teléfono portátil/mensaje de texto Teléfono de hogar

Nombre del empleo _____ Ciudad _____ (____) _____
Teléfono del empleo

Dirección de correo electrónico: _____ | Papá Tutela legal

Nombre del madre o tutela _____ Apellido _____ (____) _____
Teléfono portátil/mensaje de texto Teléfono de hogar

Nombre del empleo _____ Ciudad _____ (____) _____
Teléfono del empleo

Dirección de correo electrónico: _____ | Mamá Tutela legal

Grado de educación de padres: Marque la respuesta que describe la educación más alta entre los padres o tutores:

- No es graduado de escuela secundaria Algo de Colegio (incluye título AA) Escuela de graduado/Capacitación de escuela de graduado
- Graduado de escuela secundaria Graduado de Colegio

Nota: Solamente por orden de un tribunal de justicia se le puede impedir a un padre o madre que no tiene la tutela del estudiante acceso al expediente escolar o que recoja al estudiante de la escuela.

OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA

Nombre y apellido	Parentesco	Vive en Casa	Escuela a la que asiste	Grado/Edad
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____

Name

Grade

Teacher

Room No.

OTRAS PERSONAS PARA COMUNICARSE EN CASOS DE EMERGENCIA

Primer nombre _____	Apellido _____	Parentesco _____	Ciudad _____	(_____) _____	Casa <input type="checkbox"/>	Celular <input type="checkbox"/>	Empleo <input type="checkbox"/>
Primer nombre _____	Apellido _____	Parentesco _____	Ciudad _____	(_____) _____	Casa <input type="checkbox"/>	Celular <input type="checkbox"/>	Empleo <input type="checkbox"/>
Primer nombre _____	Apellido _____	Parentesco _____	Ciudad _____	(_____) _____	Casa <input type="checkbox"/>	Celular <input type="checkbox"/>	Empleo <input type="checkbox"/>
Primer nombre _____	Apellido _____	Parentesco _____	Ciudad _____	(_____) _____	Casa <input type="checkbox"/>	Celular <input type="checkbox"/>	Empleo <input type="checkbox"/>

INFORMACION SOBRE LA ESCUELA

¿Ha asistido este estudiante alguna vez a una escuela del Distrito Escolar de Ontario-Montclair? No Si ¿Escuela? _____

¿Ha asistido este estudiante alguna vez a una escuela en el Estado de California? No Si ¿Escuela? _____

¿Ha sido este estudiante retenido en el mismo grado alguna vez? Sí ¿Grado? _____ No

¿Ha sido este estudiante o está en trámite de ser expulsado? Sí ¿Grado? _____ No

Última escuela de asistencia: _____ Último grado que cursó _____

Nombre de la escuela _____ Ciudad/Estado _____ Número de teléfono _____

¿CUAL ES LA ETNICIDAD DE SU NIÑO? Marque el origen étnico con el cual su niño se identifica más: Por favor seleccione uno:

- Hispano/Latino (Una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, centro o sudamericana, o de otra cultura u origen hispano, sin importar la raza.
- No hispano o Latino

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU NIÑO? (Seleccione hasta cinco categorías) La pregunta de la parte de arriba es sobre origen étnico, no sobre raza. No importa lo que usted haya seleccionado arriba, por favor continúe contestando lo siguiente y marque una o más casillas para indicar lo que usted piensa que es su raza.

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Vietnamés | <input type="checkbox"/> Tahitiano |
| * Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Otros asiáticos | <input type="checkbox"/> Otro Islas del Pacífico |
| * Centro Americano | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| * Sur Americano | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Originario de Guam | * Europeo |
| <input type="checkbox"/> Indo asiático | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Hawaiano | * Africano del Norte |
| <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Samoano | * Medio Oriente |

Apoyo para la familia:

1. ¿Dónde vive actual mente?:

- ___ en un hotel/motel
- ___ en un albergue o está incluido en un sistema de alojamiento temporal
- ___ en un auto, campamento, residencia temporal
- ___ en una vivienda temporal para menores o en una vivienda colectiva
- ___ menor desamparado (no tiene tutor)
- ___ por causa de privación financieras, vive con más de una familia en una casa o departamento
- ___ Ninguna de las razones anteriores

¿Le gustaría que alguien se comunicara con usted para obtener información sobre recursos que brinda la escuela? Si _____ No _____

CONDICIONES DE SALUD/ MEDICAMENTOS

¿Tiene el estudiante alguna alergia? Sí No Si es sí, especifique: _____

¿Tiene este estudiante algún problema de salud? Sí No Si es sí, especifique: _____

¿Toma este estudiante algún medicamento? Sí No Si es sí, especifique: _____

Plan de cuidado de salud/Seguro médico: Kaiser Blue Cross Medi-Cal Otro, especifique: _____

Número de Plan de cuidado de salud/Medi-Cal: _____

Yo doy mi permiso para que las autoridades escolares pasen la cuenta médica a Medi-Cal o a mi seguro médico por servicios médicos prestados en la escuela. Sí No

Nota: Si es necesario dar medicamento en la escuela debe pedir un formulario de autorización a la oficina de la escuela y completarlo.

AUTORIZACION PARA SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA

En caso de una emergencia y no me puedan localizar, yo doy consentimiento para que den atención médica a mi hijo según lo crea necesario la enfermera, médico, paramédico, u hospital encargado. También doy consentimiento para que mi niño sea transportado a casa o a la casa de la persona designada para cuidar de mi hijo por personal del distrito en caso de enfermedad o problema de salud. _____ Iniciales

Tengo entendido que el Distrito Escolar de Ontario-Montclair no provee seguro medico o por accidente para estudiantes en caso de daños relacionados a actividades escolares, pero sí ofrece a los estudiantes la compra voluntaria de seguro en caso de accidentes. Recibí la información y solicitud para este plan. _____ Iniciales

Yo/Nosotros hemos repasado este documento de dos páginas y en mi /nuestra opinión, la información contenida aquí es verdadera y completa. El abajo firmante declara bajo pena de perjurio que ellos son los padres o tutores legales del estudiante mencionado anteriormente y otorgan la autorización citada anteriormente.

Fecha: _____ Firma de padres o tutores: _____