

Primer día de asistencia _____ DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE ARCOHE Autobús # AM PM
 Expediente solicitado _____ INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN Maestro / Grado _____

Nombre del alumno _____

M
F

 / /
 (Apellido legal) (Nombre) (Segundo nombre) Fecha de nacimiento

Dirección postal _____ /Dirección _____

Ciudad _____ Teléfono _____

Lugar de nacimiento _____ Verificado _____

Nombre y dirección de la escuela anterior _____

¿Está el estudiante actualmente en un programa de Educación Especial?
 ___ Sí ___ No En caso afirmativo, indique el tipo:
 Comunicación (habla y lenguaje) GATE
 Problemas de aprendizaje (LH, RSP, SDL) Otros _____
 Por favor, envíe una copia del IEP actual de su hijo.

NOMBRE	DIRECCIÓN	¿VIVE?		EL ALUMNO VIVE CON	
		Sí	No	Sí	No
Padre					
Madre					
Tutor					

Empresa donde labora la madre: _____ Dirección _____ Teléfono _____
 ()

Empresa donde labora el padre: _____ Dirección _____ Teléfono _____
 ()

¿Se puede llamar a los padres al lugar de trabajo en caso de emergencia? _____

INFORMACION DE EMERGENCIA (Persona a llamar si el padre no se localiza)

Nombre _____ Teléfono () _____ Nombre _____ Teléfono () _____

INFORMACIÓN DE SALUD DEL ALUMNO

Fecha del último examen físico _____ ¿Usa lentes? _____ ¿Tiene dificultad para oír? _____

¿Padece de alergias? _____

Otros padecimientos médicos (asma, dolores de cabeza, hemorragias nasales, etc.) _____

¿Toma medicamento diario? ¿Qué tipo? _____

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

En caso de una situación de emergencia relacionada con mi hijo menor de edad -cuyo nombre se menciona arriba-, y en caso de que yo no estuviera disponible, doy mi consentimiento al Distrito Escolar Unificado de Arcohe de administrar cualquier tratamiento de emergencia que se considere apropiado hasta que se me pueda localizar.

Nombre y dirección del médico de familia: _____

Fecha: _____ Firma del padre o tutor: _____

POR FAVOR COMPLETE EL REVERSO

ENCUESTA DEL LENGUAJE

The California Education Code requires schools to determine the language spoken at home by each child to provide the appropriate learning program.

1. What language did your child learn when he/she first began to talk? _____
2. What language does your child most frequently use at home? _____
3. What language do you use most frequently to speak to your child? _____
4. Name the language (s) in the order most spoken by adults at home? _____

El Código Educativo de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se habla en el hogar de cada alumno para proporcionarle un programa de aprendizaje apropiado

Por favor conteste las siguientes preguntas.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo(a) cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo(a) con más frecuencia en casa? _____
3. ¿Qué idioma utiliza usted más frecuentemente para hablar con su hijo? _____
4. Nombre el idioma(s) en el orden en el que los adultos se comunican mayormente en casa? _____

POR FAVOR AGREGUE CUALQUIER INFORMACIÓN QUE USTED CREA CONVENIENTE PARA QUE EL MAESTRO ENTIENDA MEJOR A SU HIJO:

OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA:

NOMBRE	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE	FECHA DE NACIMIENTO	¿VIVEN EN EL HOGAR ?	
			SÍ	NO