

Prefiero mi correspondencia
en: inglés español

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO NORWALK-LA MIRADA
12820 Pioneer Boulevard, Norwalk, California 90650-2894
(562) 868-0431

INSCRIPCION DEL ALUMNO

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Nombre Legal del Alumno (*Apellido*) _____ (*Nombre*) _____ (*Inicial*) _____ Sexo Masculino Femenino
Domicilio del Alumno _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Domicilio de correspondencia (*si es distinto*) _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Nivel de Grado: _____ Teléfono del Hogar (_____) _____ Número de Seguro Social _____
Fecha de Nacimiento _____ Lugar: Ciudad _____ Estado _____ Nación _____
(*Mes / Día / Año*)
Si nació fuera de los Estados Unidos, en que día entró a los Estados Unidos _____
(*Mes / Día / Año*)
Fecha en que inició el alumno la escuela en los E.U. _____ Fecha en que inició el alumno la escuela en California _____
(*Mes / Día / Año*) _____ (*Mes / Día / Año*) _____

INFORMACIÓN DE INSCRIPCION PREVIA

Última escuela a la que asistió: _____ Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado o Nación: _____ Código Postal: _____ Último día que asistió: _____
¿Ha estado inscrito el alumno en el Distrito Escolar Unificado Norwalk-La Mirada? Sí No Si es sí: Escuela _____ grado: _____
¿Se ha avanzado al alumno alguna vez? (*avanzó a algún grado antes de lo esperado*) Sí No Nivel(es) de Grado _____
¿Ha reprobado alguna vez el alumno? Sí No Nivel(es) de Grado _____
¿Ha sido el alumno expulsado alguna vez de otro distrito escolar? (*EC 49079*) Sí No
¿Está pendiente la expulsión? Sí No Si es sí, cuál es la razón: _____
¿Si es sí, de que escuela? _____ ¿Está actualmente el alumno bajo libertad condicional para menores? Sí No
Yo autorizo la entrega de los registros incluyendo los de educación especial. Firma del Padre / Tutor: _____

PERFIL ETNICO

Indio Americano/Nativo de Alaska Camboyano Japonés Samoano
 Asiático Chino Coreano Vietnamita
 Indio Asiático Filipino Hawaiano Nativo Blanco, (de origen no Hispáno)
 Africano Americano o Negro (de origen no Hispánico) Guamaniano Otro Asiático
 Hispano/Latino Otro Pacifico Isleño

PROGRAMAS ESPECIALIZADOS

1. ¿Ha estado anteriormente el alumno en algún programa de educación especial? Sí No Si es sí, favor de seleccionar apropiadamente lo siguiente:
 Programa Especial de Recursos Didácticos (RSP) Clase Especial Diurna (SDC) Dicción 504 Otro _____
¿Se le ha dado permiso de salir de algún Programa de Educación Especial? Sí No
2. ¿Ha estado anteriormente el alumno en algún Programa Especializado? Sí No Si es sí, favor de seleccionar apropiadamente lo siguiente:
 GATE Estudiante del Idioma Inglés Educación para Estudiantes Migratorios Otro _____

HISTORIAL DE SALUD

¿Está recibiendo el niño algún tipo de tratamiento médico? No Sí ¿De qué tipo? _____
¿Tiene el niño algún problema con la visión? No Sí ¿Necesita lentes? NO Si
¿Tiene el niño algún problema auditivo? No Si
Favor de nombrar cualquier discapacidad que tenga el niño: _____
Favor de indicar cualquier medicamento que tome el niño con regularidad: _____
Favor de indicar cualquier alergia que el niño pueda tener: _____
El doctor del niño debe autorizar en una forma correspondiente, si algún medicamento debe ser tomado en la escuela. Las formas están disponibles en la oficina de la escuela.

OFFICE USE ONLY

Student Name
Student Number
Enrollment Date
School of Attendance
Residence Zone
School of Residence
Residence Verified
Attendance Permit
Birth Verification
Ethnic Code
Home Language
Initial Language Test Date
Teacher
Room Number

INFORMACIÓN DE LOS PADRES Y DE LA FAMILIA

Seleccione uno: Madre Madrastra Tutora Madre Adoptiva Otro _____ Vive con el estudiante Sí No

Apellido _____ Primer Nombre _____

Ocupación _____ Nombre de la compañía _____ Domicilio _____

Teléfono del Trabajo (____) _____ Teléfono Celular (____) _____ # de localizador (____) _____

Domicilio de Internet _____

Nivel de Educación de la madre (Marque el nivel más alto)

No terminó la Preparatoria Preparatoria Algo de universidad Graduada de la universidad Maestría o Postgrado

Seleccione uno: Padre Padrastro Tutor Padre Adoptivo Otro _____ Vive con el estudiante Sí No

Apellido _____ Primer Nombre _____

Ocupación _____ Nombre de la compañía _____ Domicilio _____

Teléfono del Trabajo (____) _____ Teléfono Celular (____) _____ # de localizador (____) _____

Domicilio de Internet _____

Nivel de Educación del Padre (Marque el nivel más alto)

No terminó la preparatoria Preparatoria Algo de Universidad Graduado de Universidad Maestría o Postgrado

Otros niños que viven en el hogar

Nombre _____ Edad _____ Escuela _____ Nombre _____ Edad _____ Escuela _____

Nombre _____ Edad _____ Escuela _____ Nombre _____ Edad _____ Escuela _____

Información Adicional de la Familia

¿Vive fuera del hogar el padre o madre biológico? Si es sí, favor de completar lo siguiente. ¿Falleció? Sí No

Apellido _____ Primer Nombre _____ Teléfono (____) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Deberá enviársele correo por separado a ésta persona Sí No

¿Existe alguna orden de la corte con respecto a la custodia del niño? Sí No

¿Existe alguna orden restringente contra alguno de los padres biológicos u alguna otra persona? Sí No

*Si alguna de las respuestas es sí, se debe proporcionar a la escuela la copia más reciente de la orden de la corte, dentro de un lapso no mayor a 10 días a partir de la fecha de inscripción del niño. Si no se proporciona la orden de la corte, se podría dar información a alguno de los padres si la solicitaran. Las ordenes de la corte deben entregarse a la escuela al principio de cada año escolar. (Favor de poner sus iniciales) _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA (Que no sean los padres)

Lista de personas que estén autorizadas para recoger al alumno además de sus padres (padrastra, madrastra, abuelos, amistad, etc.) Deben tener 18 años o más.

Nombre	Domicilio	Teléfono	Parentesco

Médico de Preferencia _____ Teléfono (____) _____ Hospital de Preferencia _____

Compañía de Seguro Médico _____ No. De Grupo. _____ No. De Póliza: _____

En caso de emergencia médica todos los gastos de paramédicos, transporte, hospitalización, y cualquier examen, radiografía, o tratamiento médico proporcionado, serán la responsabilidad de los padres o del tutor.

Firma de Inscripción

Yo confirmo que he recibido una copia de la Notificación Legal Anual.

Firma del Padre/Tutor _____ Nombre _____ Fecha _____