

(8100 F1)

# SNAKE RIVER DISTRITO ESCOLAR #52 FORMULARIO DE REGISTRACIÓN

Para uso por la oficina	
Partida de Nacimiento	_____
Inmunización Terminada	_____
Forma de Exención	_____
Fecha de Matrícula	_____
Grado de Matrícula	_____

## Información del estudiante

**Nombre del estudiante** \_\_\_\_\_  
*(Hay que ser idéntico con el nombre en la partida de nacimiento)* (Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

**Dirección de correo** \_\_\_\_\_  
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

**Dirección de calle** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico** \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa** ( ) \_\_\_\_\_ **Teléfono celular de la madre** ( ) \_\_\_\_\_

**Teléfono celular del padre** ( ) \_\_\_\_\_ **Padre con derechos de custodia** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del estudiante** \_\_\_\_\_ **Lugar de nacimiento** \_\_\_\_\_  
 Mes/Día/Año Ciudad/Estado/País

*La oficina de derechos civiles del gobierno estadounidense requiere que el distrito colectione la información seguida. Las nuevas reglas separan entre la raza y la etnicidad, de modo que es necesario llenar ambos Parte A y Parte B. Las nuevas reglas son parte de los informes federales de educación que los distritos y estados someten para recibir fondos como los proveídos por el Acto de Educación Primaria y Secundaria (ESEA).*

### Parte A – Género y etnicidad

Género	Es este estudiante (o es usted) Hispano/Latino? (Se puede elegir solamente uno)
(Encierre)	<input type="checkbox"/> <b>No, no es Hispano/Latino</b>
<b>M</b> <b>o</b> <b>F</b>	<input type="checkbox"/> <b>Si, Hispano/Latino</b> (Una persona de origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sudamericano, Centroamericano, u otra de cultura o origen Española, irrespectiva de raza.)

*Parte A es acerca de la etnicidad, no la raza. No importa que usted seleccionó arriba, favor de continuar a contestar la seguida por marcar una o más cajas para indicar lo que usted considera ser la raza de su estudiante.*

### Parte B – Raza ¿Cuál es la raza del estudiante? Favor de elegir una o más.

<input type="checkbox"/>	<b>Indígena Americana o Nativo de Alaska</b> (Una persona con origen en cualquier de las gentes originales de Norteamérica o Sudamérica [incluso Centroamérica] y quien mantiene afiliación comunitaria o tribal.)
<input type="checkbox"/>	<b>Asiano</b> (Una persona con origen en cualquier de las gentes originales del Oriente, el sudeste de Asia, o el subcontinente Indio inclusivo, por ejemplo, de Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)
<input type="checkbox"/>	<b>Negro u Afro Americano</b> (Una persona con origen en cualquier de los negros grupos raciales de África.)
<input type="checkbox"/>	<b>Hawaiano Nativo u otro isleño Pacifico</b> (Una persona con origen en cualquier de las gentes originales de Hawai, Guam, Samoa, u otras islas Pacific as).
<input type="checkbox"/>	<b>Blanco</b> (Una persona con origen en cualquier de las gentes originales de Europa, el Medio Este, o África Norte.)

**Nombre del Padre** \_\_\_\_\_ **Celular o teléfono durante el día** \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Nombre)

**Dirección de correo del padre** \_\_\_\_\_

**Empleador** \_\_\_\_\_ **Teléfono de trabajo** \_\_\_\_\_ **Teléfono de casa** \_\_\_\_\_

**Nombre de Madre** \_\_\_\_\_ **Celular o teléfono durante el día** \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Nombre)

**Dirección de correo de la madre** \_\_\_\_\_

**Empleador** \_\_\_\_\_ **Teléfono de trabajo** \_\_\_\_\_ **Teléfono de casa** \_\_\_\_\_

**Nombre de guardián** \_\_\_\_\_ **Teléfono de casa** \_\_\_\_\_ **Celular** \_\_\_\_\_

**Dirección de correo del guardián** \_\_\_\_\_ **Dirección de calle** \_\_\_\_\_

*Tres parientes o amigos para llamar si los padres no son disponibles. La escuela siempre tratará a llamar a los padres primero.*

**Contacto #1 Nombre (Apellido/Nombre)** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

**Números de teléfono: Celular** \_\_\_\_\_ **Casa** \_\_\_\_\_ **Trabajo** \_\_\_\_\_

**Contacto #2 Nombre (Apellido/Nombre)** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

**Números de teléfono: Celular** \_\_\_\_\_ **Casa** \_\_\_\_\_ **Trabajo** \_\_\_\_\_

**Contacto #3 Nombre (Apellido/Nombre)** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

**Números de teléfono: Celular** \_\_\_\_\_ **Casa** \_\_\_\_\_ **Trabajo** \_\_\_\_\_

**Nombre de la escuela asistida antes** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_ **Nombre del distrito** \_\_\_\_\_

**Dirección de la escuela** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono** \_\_\_\_\_

**Información familiar:** Favor de alistar todos los hermanos aunque no asistan la escuela. Si están matriculados en otro distrito, favor de escribirlo y el grado.

1. Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_
2. Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_
3. Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_
4. Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_
5. Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_
6. Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál idioma es hablado en casa? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál fue el primer idioma hablado por el niño? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuál idioma usa usted con la mas frecuencia para hablar con el niño? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál idioma usa el niño con la mas frecuencia en casa? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuál idioma usa el niño con la mas frecuencia fuera de la casa? \_\_\_\_\_
6. ¿En qué país nació su niño? \_\_\_\_\_
7. ¿Cuándo entró su niño por primera vez en una escuela en los Estados Unidos? ¿En qué estado? \_\_\_\_\_
8. ¿Asiste el estudiante la escuela como estudiante de intercambio? \_\_\_\_\_
9. ¿Ha estado el estudiante en un programa de educación bilingüe o de ingles como segunda lengua? \_\_\_\_\_
10. ¿Salió el estudiante del programa? \_\_\_\_\_ Fecha de salida: \_\_\_\_\_

¿Ha estado inscrito este niño en unas clases remedias o de Educación Especial? Sí  No   
Si "Sí," favor de encerrar uno: **Educación Migrante Título 1 Lectura/Matemáticas Salón de Recursos Comunicación/Lenguaje**

¿Hay alguien viviendo en su dirección quien tiene que registrarse con el registro de ofensores sexuales? Sí  No   
Si "Sí," explique completamente. \_\_\_\_\_

### Información Medica

La Ley de Vacunaciones Escolares de Idaho requiere que los niños estar al día con sus vacunas para asistir las escuelas. Padres/guardianes deben de presentar los récordes de vacunas de sus niños antes de asistencia, o llenar una forma de exención. Todos los estudiantes están obligados a tener un mínimo de: **5 inyecciones de DPT; 3 inyecciones de antipolio; 2 inyecciones de MMR (vacuna contra la sarampión, las paperas y la rubéola); 3 inyecciones de Hepatitis B.** Niños no en conformidad con esta ley estarán excluidos.

Este niño ha recibido: **DPT**  **Antipolio**  **Hepatitis B**  **MMR**   
*El estado recomienda vacunaciones contra Hepatitis A (una o dos inyecciones) y Varicela. Quieren saber si su hijo ha sufrido la enfermedad, ha sufrido la enfermedad y ha recibido la vacuna, o solamente ha recibido la vacuna.*

**Hepatitis A**  **Varicela**  **Sufrido la enfermedad**  **Ambos**   
Con efecto en el año 2011 – 2012, estudiantes del séptimo (7º) grado están requeridos  
**a recibir una (1) vacuna contra la tos ferina (Tdap)  y una (1) vacuna contra el meningococo**

**Favor de encerrar cada condición medical que sufre su niño:**

Alergias Asma Diabetes Trastorno del habla Infección de los oídos Perdida auditiva Epilepsia Herida seria Operación  
Defectos congénitos Condición del corazón Fibrosis quística Fiebre reumático Parálisis cerebral Infección respiratoria (con frecuencia)

¿Tiene su niño otro deterioro de salud o condición medica especial? Sí  No   
Si "Sí," aliste el deterioro de salud o condición medica especial. \_\_\_\_\_

**Favor de alistar cualquier alergia que tiene su niño:** \_\_\_\_\_

¿Requiere su niño medicación para una condición médica? Sí  No   
Si "Sí," aliste su condición y medicación aquí: \_\_\_\_\_

**Mi niño puede participar completamente en todas las actividades de la escuela.** Sí  No  (Si "No," hay que proveer una noticia escrita a la escuela.)

**Nombre del doctor que las oficiales de la escuela están autorizadas de llamar para ayuda médica en una emergencia.**

Nombre del doctor

Dirección de la oficina

Número de teléfono de la oficina

En caso de accidente o enfermedad seria, pido que las autoridades se pongan en contacto conmigo. Si no me pueden hablar, autorizo que la escuela llame al doctor indicado arriba. Si es imposible ponerse en contacto con el doctor, autorizo que el director de la escuela arregle por mi parte todos los servicios médicos necesarios para mi niño.

**Firma de Padre o Guardián**

**Fecha**