



Formulario de Matricula del Distrito Escolar de Mt. Pleasant

School Year: 20____ - 20____

Fecha de hoy:	Home School
Student ID #:	Teacher

Grado	Apellido legal	Nombre legal	Segundo nombre legal	<input type="checkbox"/> Varon <input type="checkbox"/> Mujer
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Estado/Prov. De nacimiento	Pafs de nacimiento	Fecha comienzo 1' escuela de CA (Mes/Año)	Fecha comienzo 1' escuela de EEUU(Mes/Año)

Grupo etnico: Del estudiante es hispano/latino? Yes No

Raza: Si el estudiante es hispano/latino, esta seccion no es necesaria. Si el estudiante NO es hispano/latino, marque lo:

<input type="checkbox"/> Amerindio-100- 100	<input type="checkbox"/> Vietnamita - 204	<input type="checkbox"/> Hmong - 208	<input type="checkbox"/> Samoano – 303	<input type="checkbox"/> Otros Islas del pacifico - 399
<input type="checkbox"/> Chino - 201	<input type="checkbox"/> Indo asiatico- 205	<input type="checkbox"/> Other asiatico - 299	<input type="checkbox"/> Tahitiano -304	<input type="checkbox"/> Negro Afroamericano - 600
<input type="checkbox"/> Japonés- 202	<input type="checkbox"/> Laos - 206	<input type="checkbox"/> Hawaiano - 301	<input type="checkbox"/> Filipino- 400	<input type="checkbox"/> Blanco - 700
<input type="checkbox"/> Coreano - 203	<input type="checkbox"/> Cambovano - 207	<input type="checkbox"/> Guam - 302		

Apellido padre/madre/tutor legal 1	Nombre padre/madre/tutor legal 1	Relación/Marque casilla si vive con el estudiante.	Celular padre/madre/tutor legal
------------------------------------	----------------------------------	--	---------------------------------

Dirección correo electrónico padre/madre/tutor legal 1	Empleador del padre/madre/tutor legal 1	Telef. trabajo del padre/madre/tutor legal 1
--	---	--

Domicilio (Número, Calle, número de apartamento).	Dirección postal <input type="checkbox"/>	Ciudad	Código postal
---	---	--------	---------------

Apellido padre/madre/tutor legal 2	Nombre padre/madre/tutor legal 2	Relación/Marque casilla si vive con el estudiante. <input type="checkbox"/> Cuarto de estar	Celular padre/madre/tutor legal
------------------------------------	----------------------------------	---	---------------------------------

Dirección correo electrónico padre/madre/tutor legal 2	Empleador del padre/madre/tutor legal 2	Tele. trabajo del padre/madre/tutor legal 2
--	---	---

Domicilio secundario (Número, Calle, número de apartamento). <input type="checkbox"/> igual que lo anterior	Dirección postal <input type="checkbox"/>	Ciudad	Codigo postal 2
---	---	--------	-----------------

¿Existe una orden de alejamiento aplicable a este estudiante? <input type="checkbox"/> Por favor explique	Padres/ tutores en activo en el Ejército o la Guardia Nacional a tiempo completo? _____:
---	--

Marque el nivel de educación del padre/madre con más estudios: Post-Universitario Licenciado universitario BA/BS Algunas clases o Diploma Asociado Diploma de la Preparatoria. Sin Diploma de la Preparatoria. Elige no responder

Idioma de casa/familia (Según la ley de California, todos los estudiantes que hablen otro idioma en casa distinto al Ingles seran evaluados del nivel de ingles oral en los primeros 30 días del curso escolar)

1 ¿En qué idioma empezó a hablar el estudiante? (idioma primario)	¿En qué idioma desea que nos comuniquemos con usted? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita
2 ¿En que idioma habla el estudiante en casa? (idioma de casa)	
3 ¿En qué idioma habla usted con más frecuencia con su estudiante? (idioma hablado al estudiante)	
4 ¿En qué idioma hablan los adultos más a menudo en casa? (idioma que hablan los adultos)	

Nombre del hermano/a 1	Edad	Escuela actual	Nombre del hermano/a 3	Edad	Escuela actual
Nombre del hermano/a 2	Edad	Escuela actual	Nombre del hermano/a 4	Edad	Escuela actual

Nombre de la escuela anterior	Distrito anterior	Ultimo día de asistencia (Mes/Año)
-------------------------------	-------------------	------------------------------------

Indique los programas académicos en los que ha participado el estudiante:

<input type="checkbox"/> Educacion Especial SOC	<input type="checkbox"/> Habla/Educación Especial	<input type="checkbox"/> Retenido	<input type="checkbox"/> Desarrollo de! Ingles (ELD/ELL)	<input type="checkbox"/> Asesoramiento
<input type="checkbox"/> Educacion Especial Adaptativa PE	<input type="checkbox"/> Plan 504	<input type="checkbox"/> Migrante	<input type="checkbox"/> Superdotados y Talentosos	<input type="checkbox"/> Preescolar

monja

Indique los problemas médicos de su estudiante:

<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> monja	<input type="checkbox"/> Asma	¿En qué idioma desea que nos comuniquemos con usted? <input type="checkbox"/> Necesita Epi-Pen <input type="checkbox"/> Necesita plan de salud <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Toma medicamento en la escuela
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Jmpedimento visual/Lleva lentes	<input type="checkbox"/> Alergia severa: _____	
<input type="checkbox"/> Condición cardiaca	<input type="checkbox"/> Sordera/Lleva audifono	<input type="checkbox"/> Other: _____	
<input type="checkbox"/> Herida en la cabeza	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD		

He revisado este documento y para mi leal saber y entender, la información que contiene es verdadera y completa. Los abajo firmantes declaran bajo pena de perjurio que son los padres o tutores legales del alumno arriba mencionado y conceden las autorizaciones arriba mencionadas.

Firma del padre/tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Oficina / Office Use Form reviewed by staff initials:

<input type="checkbox"/> Birth Certificate/Passport	<input type="checkbox"/> Proof of Residency	<input type="checkbox"/> Residency (Homeless) Survey	<input type="checkbox"/> Immunizations Complete	<input type="checkbox"/> TB Assessment	<input type="checkbox"/> CHDP Completed	<input type="checkbox"/> Oral Health Exam	<input type="checkbox"/> Lunch Application	<input type="checkbox"/> Approved Inter-district
---	---	--	---	--	---	---	--	--