DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SADDLEBACK VALLEY - INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido legal del estudiante	Primer nombre	Segundo nombre	Sufijo (v.gr. Jr.)	☐ Masculino ☐ Femenio	Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio donde reside		Ciudad	Código postal	Idioma para recibir correspondencia Spanish	

INFORMACIÓN PADRES / TUTORÍA

Nombre: _____ Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ ☐ ¿Con quién vive el estudiante?

Parentesco: _____ Lugar de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Si la(s) persona(s) no son el/los tutor(es) usted debe presentar una "Declaración juramentada de Apoderado" (Affidavit)

Si hay un acuerdo de custodia legal respecto a este estudiante, favor de marcar una: ☐ Costodia unida ☐ Custodia única ☐ Tutor

Especificar cualesquier persona(s) a quien(es) el estudiante no debe ser entregado: (Llamar a la oficina de la escuela) _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

¿Con quién vive el estudiante? Marque **todo** lo que aplique

1. Nombre: _____ Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ ☐
   Parentesco: _____ Lugar de trabajo: _____ Correo electrónico: _____
2. Nombre: _____ Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ ☐
   Parentesco: _____ Lugar de trabajo: _____ Correo electrónico: _____
3. Nombre: _____ Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ ☐
   Parentesco: _____ Lugar de trabajo: _____ Correo electrónico: _____
4. Nombre: _____ Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ ☐
   Parentesco: _____ Lugar de trabajo: _____ Correo electrónico: _____
5. Nombre: _____ Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ ☐
   Parentesco: _____ Lugar de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA - En el caso de que un padre/tutor o médico designado no pueda ser localizado, el personal del distrito escolar está autorizado a usar su discreción para asegurar ayuda médica.

Médico: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia médica su hijo(a) será transportado(a) al hospital más cercano disponible

EDUCACIÓN DE LOS PADRES - *Marque la respuesta que describe el nivel de educación del* ***padre/madre mas educado.***

- ☐ Sin grado de la preparatoria (High School)
- ☐ Graduado de la preparatoria (High School)
- ☐ Algo de universidad o Título de Asociado
- ☐ Graduado de la universidad
- ☐ Título

DIRECCIÓN DE CORREO ADICIONAL - Duplicar dirección de correo o si es diferente del domicilio de residencia.

☐ Toda la correspondencia ☐ Calificaciones solamente

Nombre Completo: _____

Parentesco: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

¿CUAL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO(A)? (Favor de marcar una) ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano or Latino

¿CUAL ES LA RAZA DE SU HIJO(A)? (Favor de marcar hasta cinco categorías raciales)

La pregunta de arriba es acerca de etnicidad, no de raza. Favor de continuar respondiendo lo siguiente marcando una o más cajas para indicar cuál es la raza de la que considera ser.

- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska (100)
  "Personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norte, Centro o Sudamérica."
- ☐ Chino (201)
- ☐ Japonés (202)
- ☐ Coreano (203)
- ☐ Vietnamita (204)
- ☐ Indio Asiático (205)
- ☐ Laosiano (206)
- ☐ Camboyano (207)
- ☐ Hmong (208)
- ☐ Otro Asiático (299)
- ☐ Hawaiano (301)
- ☐ Nativo de Guam (302)
- ☐ Samoano (303)
- ☐ Tahitiano (304)
- ☐ Otras Islas del Pacifico (399)
- ☐ Filipino/Filipino Americano (400)
- ☐ Afro-Americano (600)
- ☐ Blanco (700)

HERMANOS DEL ESTUDIANTE - Favor de enlistar si tiene hermanos(as) en alguna escuela.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

Apellido del estudiante:

Primer nombre:

ID Permanente:

Favor de completar la información al reverso de esta forma

Revised: 08/11/2016

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Otros apellidos usados: _____ Apondo: _____

Correo electrónico del estudiante: _____ Celular del estudiante: _____

LUGAR DE NACIMIENTO ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ Ciudadano Estadounidense: ☐ Sí ☐ No

Fecha de entrada a E.U. _____ Fecha de entrada a la escuela en E.U. _____

¿Ha asistido su hijo(a) alguna vez con anterioridad al SVUSD? ☐ Sí ☐ No

Escuela previa: _____ Distrito previo: _____

INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE - Marque todo lo que aplique ***Favor de llamar a los Servicios de Salud al 949-588-7651 o 949-598-3883***

☐ Diabetes Tipo I*
☐ Hipoglucemia*
☐ Asma
  ☐ Leve ☐ Severa*
☐ Trastorno cardiaco
  ☐ Leve ☐ Severo*

☐ Covulsiones
  ☐ Plan de Cuidados Médicos Necesario*
☐ Problema auditivo severo
☐ Problema de visión severo
☐ Trastorno ortopédico

☐ Alergia alimenticia
  ☐ Leve ☐ Severa*
  ☐ EpiPen*
  Tipo(s) de alimento(s): _____

☐ Alergia a las abejas
  ☐ EpiPen*
  Otro: _____

Detalles adicionales: _____ ¿Es necesario que tengamos un plan de cuidados de salud en la escuela? ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido este estudiante alguna enfermedad grave o accidente que debamos saber? ☐ Sí ☐ No Favor de explicar abajo

¿Será necesario administrar algún medicamento en la escuela? ☐ Sí ☐ No Las formas de autorización de medicamentos deben actualizarse anualmente

¿Tiene este estudiante algún antecedente de salud o problemas de salud que requieren de notificación al Especialista de Salud del Distrito? ☐ Sí ☐ No

Favor de explicar: (Anexe información adicional si es necesario) _____

¿Existen reportes psicológicos, confidenciales disponibles de la escuela anterior de su hijo(a)? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido reprobado(a) su hijo(a) alguna vez ? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido su hijo(a) suspendido(a)? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido su hijo(a) alguna vez expulsado(a)? ☐ Sí ☐ No

¿Está su hijo(a) bajo libertad condicional? ☐ Sí ☐ No

¿Cuáles servicios especiales ha recibido su hijo(a)? Marque todo lo que aplique

☐ Educación Especial:
  ☐ Instrucción Académica Especializada (SAI)
  ☐ Recurso (RSP)
  ☐ Clase espcial diurna (SDC)
  ☐ Habla/Lenguaje
  ☐ Plan 504

Otros:
☐ Dotados(GATE)
☐ Recuperación de Matemáticas
☐ Recuperación de lectura
☐ Servicios para la Salud Mental

☐ Alumno aprendiendo inglés/Desarrollo del idioma inglés
☐ Alguna preocupación sobre su estado académico o emocional: (Especifique) _____

DAR A CONOCER INFORMACIÓN - Estoy de acuerdo en dar a conocer la información que se describe abajo. (Favor de marcar Sí o No para cada área) Dar a conocer información puede incluir nombres, domicilios, números telefónicos, y correos electrónicos.

1. ☐ Sí ☐ No Prensa, televisión, Internet, y otros medios de noticias (Participación en atletismo/ actividades)
2. ☐ Sí ☐ No Doy mi permiso a mi hijo(a) para tener acceso al Internet / Red del SVUSD (Network)
3. ☐ Sí ☐ No PTA, PTSA, PTO
4. ☐ Sí ☐ No Registro de Votantes de Orange County (18 años o mayores)
5. ☐ Sí ☐ No Representantes oficiales de empleo o reclutamiento de la industria privada; legisladores federales y estatales; agencias del, gobierno federal, estatal y local (solamenteEstudiantes del 12º grado)
6. ☐ Sí ☐ No Fuerzas militares de los Estados Unidos(estudiantes del 11º y 12º grados)
7. ☐ Sí ☐ No Universidadesy organizaciones de becas para requerimientos de solicitud y becas(Historial académico/Resultados de exámenes)
8. ☐ Sí ☐ No Organizaciones no lucrativas que benefician a las escuelas del SVUSD, v.gr. Fundaciones Educativas de SV, Boosters
9. ☐ Sí ☐ No Estoy de acuerdo para ver el progreso y las calificaciones a través del Family Portal (Portal Familiar) del sitio web del Distrito. No se enviará por correo ningún reporte por escrito. (solamente para grados del 7º al 12º)

SOLAMENTE PARA FAMILIAS CONECTADAS CON LAS FUERZAS MILITARES

En un esfuerzo para proporcionar recurso y apoyo a familias conectadas con la fuerzas militares estamos pidiendo la siguiente información:

☐ Sí ☐ No El/los padre/s/tutor/es del alumno está actualmente en servicio activo de tiempo completo en las fuerzas militares (ejército, naval, fuerza aérea, marina, guardia costera) o tiempo completo en la guardia nacional armada o aérea.

Su firma abajo atestigua que la información en esta forma es precisa hasta donde usted conoce.

Firma del padre / madre / tutor: _____ Fecha: _____