

La área oscura es es solo para uso de oficina

Student ID Number		School		Entry Code	Entry Date
Grade	Grad Year	Birth Date Verified	Received Court Order		Counselor or Teacher Name
ELL Screened Language		Home Language (based on written language requested)		Family Interpreter Needed (based on oral language requested) Yes No	
Final ELL Screened Language		EL Specialist Signature			Date

INSTRUCCIONES: La forma de matrícula es un registro oficial. Las preguntas en esta forma piden información importante que ayudan a proporcionar servicios para su niño(a). Algunas de las preguntas son explicadas abajo. Si necesita información adicional, favor de comunicarse con su escuela. Favor de escribir en letra molde usando un bolígrafo, y completando TODAS las páginas.

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

Apellido Legal		Nombre Legal		Segundo Nombre	Sufijo
Apellido Preferido (Si es diferente)		Nombre Preferido		Grado	Sexo: Hombre Mujer Transgénero No Binario
Fecha de Nacimiento	Ciudad, Estado de Nacimiento		País de Nacimiento (Si es fuera de EE.UU. o Puerto Rico, favor de indicar la fecha de ingreso a las escuelas de EE.UU.)		
Para los estudiantes de kínder solamente. ¿Asistió su hijo(a) a alguna pre-escuela? Yes No					
Si marco sí, ¿cuál es el nombre de la escuela?					

ETNICIDAD Y RAZA (Favor de contestar AMBAS)

ETNICIDAD: ¿Es este estudiante Hispano/Latino? (Escoja uno solamente)

No, no Hispano/Latino Sí, Hispano/Latino (Una persona de cultura u origen Cubano, Mexicano, Puerto Riqueño, Sur o Centro Americano, o de otra cultura u origen Español, sin importar la raza.)

La pregunta anterior de Hispano/Latino se trata etnicidad, no raza. Sin importar lo que usted seleccione, favor de continuar respondiendo la siguiente preguntas de raza al marcar una o más de las cajas bajo RAZA para indicar lo que usted considera que es la raza de su hijo(a).

RAZA: ¿Cual es la raza del estudiante? (Escoja una o más)

Indio Americano/Nativo de Alaska: (Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Norte o Sudamérica, incluyendo Centro América, y quien mantiene afiliación tribal o de comunidad)

Asiático (Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del extremo oriente, Sur-Este de Asia, o del subcontinente de India incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.)

Negro/ Africano Americano (Una persona que tiene orígenes de cualquiera de los grupos raciales negros de África.)

Nativo Hawaiano/Otra Islas del Pacífico (Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacífico)

Blanco (Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el medio Oriente o África del Norte.)

Dirección de Casa (Dirección de la Calle y No. de Apartamento)		Ciudad	Estado	Código Postal
¿La dirección de correo es la misma dirección de casa? Sí No		Diferente dirección de correo (Dirección de la Calle y No. de Apartamento)		
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	
Número de teléfono para recibir comunicación escolar () Casa Celular		N° Privado? Sí No	Número Celular del Estudiante ()	
Distrito Escolar Anterior		Escuela Anterior		Fechas que Asistió

De acuerdo con ORS 339.250, favor de responder a estas preguntas:

¿Ha sido expulsado(a) alguna vez su hijo(a) de la escuela? Sí No Si es sí, explique: Fecha

Name of School

PROGRAMAS ESPECIALES

El/La estudiante es elegible en las siguientes áreas:	Sí, Educación Especial (IEP)	Sí, Plan 504	Sí, Título 1
	Sí, TAG	Sí, ELL	Otro (por favor explique)
¿Es el estudiante, padres o abuelos, miembros de una Tribu Indio Americana reconocida Federalmente por EE.UU.? Sí No			
Si sí, favor de decir el nombre de la tribu: (Esta información establece la elegibilidad del Distrito para una subvención federal bajo el Título VII, Ley de Educación Indígena. La información completa se mandara a estudiantes que marquen "Sí" en esta sección.)			

Familia 2				Segundo Padre/Tutor			
Orden de llamada en caso de emergencia: 1° 2° 3° 4°				Madre Padre Tutor Otro (Explique)			
Apellido:				Primer Nombre:			
Por favor marque todos los que apliquen: ¿Vive con el estudiante? ¿Contacto Permitido? ¿Derechos Educativos? ¿Tiene Custodia? ¿Correspondencia Permitida? ¿Puede recoger al estudiante?							
¿El Padre/Tutor, en cualquier momento durante el año escolar, es miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo o Guardia Nacional de tiempo completo? Sí No							
¿Habla Inglés? Sí No Si la respuesta es No, ¿cuál es el idioma principal? ¿Necesita intérprete? Sí No				Dirección si es diferente a la dirección del estudiante:			
Dirección de correo electrónico:		Empleador:		Título de Trabajo:			
Número de teléfono de casa: ()		Número de teléfono de celular: ()		Número de trabajo o localizador: ()			
¿Dispuesto a ser voluntario? Sí No		¿Vive/trabaja en propiedad federal? Sí No (Establece la Elegibilidad del Distrito para los Fondos Federales)					
¿Trabajador Migrante? (Para calificar para los servicios de educación para migrantes, un niño debe haberse movido dentro de los últimos tres (3) años a través de las líneas del distrito escolar, ciudad, condado o del estado con sus padres/tutores para obtener un empleo temporal en una actividad agrícola o de pesca.) Sí No							

HERMANOS

Por favor anote los hermanos del estudiante que asisten a una escuela TTSD

Apellido, Primer Nombre:	Sexo:	Grado:	Escuela:
Apellido, Primer Nombre:	Sexo:	Grado:	Escuela:
Apellido, Primer Nombre:	Sexo:	Grado:	Escuela:

Por favor anote los hermanos menores del estudiante

Apellido, Primer Nombre:	Sexo:	Edad:	Fecha de Nacimiento:
Apellido, Primer Nombre:	Sexo:	Edad:	Fecha de Nacimiento:
Apellido, Primer Nombre:	Sexo:	Edad:	Fecha de Nacimiento:

CONTACTOS DE EMERGENCIA

En una emergencia, los padres/tutores serán llamados en primer lugar. Serán llamados contactos de emergencia en el orden indicado. Haciendo una lista de una persona como un contacto de emergencia, usted está autorizando a que él/ella también puede recoger a su estudiante. *Por favor, no nombres de los padres/tutores.*

Primer Contacto	Relación al estudiante:	Primer Nombre:	Apellido:
Número de teléfono de casa: ()	Número de teléfono de trabajo: ()	Número de teléfono celular: ()	Primer Idioma:
Segundo Contacto	Relación al estudiante:	Primer Nombre:	Apellido:
Número de teléfono de casa: ()	Número de teléfono de trabajo: ()	Número de teléfono celular: ()	Primer Idioma:
Tercer Contacto	Relación al estudiante:	Primer Nombre:	Apellido:
Número de teléfono de casa: ()	Número de teléfono de trabajo: ()	Número de teléfono celular: ()	Primer Idioma:

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del médico:	Número de teléfono: ()	Nombre Compañía de Seguro:
Nombre del Dentista:	Número de teléfono: ()	

Yo autorizo al distrito escolar a compartir la información del seguro de salud de mi hijo(a) al Centro de Salud basado en la Escuela. Yo entiendo que mi seguro no se facturará sin mi consentimiento. Firma: _____

¿Existen condiciones de alergias / enfermedades o minusvalías: Medicación que el personal de la escuela debe tener en cuenta?	Sí	No
POR FAVOR indique cualquier alergia (picaduras de abeja y/o condiciones de salud) que pueden afectar a su hijo(a) en la escuela	¿Amenaza su vida?	Sí No
1)		
2)		
3)		

Por favor note:
Cualquier alergia u otra condición de salud que requiera la intervención de la escuela **requiere** que los padres completen las formas apropiadas de información.

Yo necesito un formulario de Plan de Emergencia	Sí	No	Condición(es): _____
Yo necesito un formulario de medicamentos	Sí	No	

PERMISOS / AUTORIZACIONES

INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO

NOTA: La información completa sobre las pólizas de archivos estudiantiles del distrito están disponibles en el "Manual de Derechos y Responsabilidades del Estudiante". Es muy importante que lea esta información sobre mantenimiento del distrito y el uso de los registros educativos de su hijo(a) y quién tiene acceso a información sobre su hijo(a).

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EXCURSIONES

Los viajes a menudo surgen la actividad fuera de la clase que requiere la necesidad de la experiencia directa de la comunidad. Durante el año, las clases van a tomar varios viajes y a los profesores les gustaría tener su permiso para llevar a su hijo(a) en los viajes. Estudiantes participando en actividades como el atletismo, el teatro, la música, etc. También se les llevará a viajes de vez en cuando. Se entiende que los estudiantes estarán bajo la supervisión adecuada.

Firma: _____ Fecha: _____

TRANSPORTE DE EMERGENCIA MÉDICA

Yo autorizo al personal de la escuela a hacer arreglos de transporte en ambulancia, si fuera necesario, y doy permiso para que el personal de emergencia, bajo la supervisión del médico de cabecera, den tratamiento a mi hijo(a) en una situación de emergencia, cuando no se me puede localizar.

Firma: _____ Fecha: _____