

USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE

| | |
|-------------------|------------------------------|
| Student ID# _____ | Date Enrolled _____ |
| Teacher _____ | Date Records Requested _____ |
| Lunch # _____ | |

**DISTRITO ESCOLAR DE CENTRAL UNIÓN
FORMA DE LA MATRICULACIÓN**

Información del Estudiante:

Nombre Legal del Niño/a: _____ F / M
 (Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre) (Marque uno)

Domicilio: _____ Teléfono del Hogar: _____
 _____ Numero del Celular: _____

¿Es esta dirección permanente? (marque uno) Si / No

Si es temporal favor de indicar: Motel Viviendo con Familiares/Amigos Otro: _____

Ultima Escuela de Asistencia: _____ Grado Actual Para el Año Escolar: _____

Domicilio de la Escuela: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Niño/a: _____ Fecha de la Entrada del Niño/a a los Estados Unidos: _____

¿Ha asistido su niño/a a una escuela publica en el Estado de California? (marque uno) Si / No

¿Si, donde? _____

¿Ha sido su niño/a alguna vez retenido en un grado? (marque uno) Si / No ¿Si, que grado? _____

| | | |
|---|---|--|
| ¿Ha sido su niño/a alguna vez examinado por un Psicólogo de la Escuela? (Favor de marcar uno) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha recibido su niño/a alguna vez Servicios de la Educación Especial? (Favor de marcar uno) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| (Si, Favor de Marcar el Programa y complete la forma para ceder la información adjunto) | | |
| <input type="checkbox"/> Salón de Día Especial (mas que 50% del Día Escolar) | <input type="checkbox"/> Recursos Especiales (menos de 50% del Día Escolar) | <input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Otro: |

Información del Pare:

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Padre/Guardián: _____ | Madre/ Guardián: _____ |
| Teléfono del Trabajo: _____ | Teléfono del Trabajo: _____ |
| Correo Electrónico: _____ | Correo Electrónico: _____ |
| Edad: _____ | Edad: _____ |
| Ocupación: _____ | Ocupación: _____ |
| Empleador: _____ | Empleador: _____ |
| Rango/Tipo: _____ | Rango/Tipo: _____ |
| Escuadrón/Departamento: _____ | Escuadrón/Departamento: _____ |

¿Otros Niños/as en la familia?

| <u>Nombre</u> | <u>Genero</u> | <u>Fecha de Nacimiento</u> | <u>Grado</u> |
|---------------|---------------|----------------------------|--------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Otras personas (no declaradas arriba) viviendo en el hogar y su relación con el niño/a:

| <u>Nombre</u> | <u>Relación</u> |
|---------------|-----------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si el estudiante esta bajo la supervisión de un guardián legal, favor de declarar:

(A) Fecha de la creación legal de la custodia: _____

(B) Nombre del guardián legal: _____

(C) Debe de adjuntar una COPIA DEL CERTIFICADO del documento legal creando la custodia legal.

(D) Arriba describe que la custodia legal existe y que actualmente no ha sido revocada, anulada, o de lo contrario terminada.

¿Ha sido el estudiante recomendado para expulsión dentro los pasados dos años? (marque uno) Si / No

¿Ha sido el estudiante expulsado de cualquier escuela dentro los pasados dos años? (marque uno) Si / No

Si, Favor de declarar:

_____ (Nombre de la Escuela)

_____ (Distrito Escolar)

_____ (Cuidad y Estado)

LA ADMISIÓN PARA LAS ESCUELAS DEL DISTRITO ESCOLAR ELEMENTAL DE CENTRAL UNIÓN SON CONTINGENTES SOBRE Y CONDICIONAL SOBRE LAS RESPUESTAS SINCERAS A LAS PREGUNTAS DE ARRIBA Y LA SOLICITUD DE LA INFORMACIÓN. FALLAR A RESPONDER SINCERAMENTE PUEDE RESULTAR EN UNA DENEGACIÓN O REVOCACIÓN A LA ADMISIÓN.

YO, _____, DECLARO BAJO CASTIGO DE LA PENA DE PERJURIO QUE LO ANTERIOR ES VERDAD Y CORRECTO.

FECHA: _____

_____ (Firma)

_____ (Nombre Escrito o Escrito en Maquina)

_____ (Domicilio de Residencia)

INFORMACION ESTUDIANTIL

Como lo exige el Código de Gobierno de California y la Federal 8,310.5 Ley ESEA.

Nombre del Estudiante _____ Fecha _____

Grado _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

ETNICIDAD

Marque **el grupo** con el cual el estudiante se identifica más

- Hispano/Latino** – Una persona con una cultura Cubana, Mexicana, Puertorriqueña, América del Sur o América Central, o de cualquier otra cultura Hispana sin importar el origen de su raza
- No Hispano/Latino**

RAZA PRIMARIA

Marque **el grupo** con el cual el estudiante se identifica más

- Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona de descendencia de cualquier persona originaria del Norte o Sur de América (incluyendo América Central), y la cual mantiene una afiliación o vínculo de tribu o comunidad.

Asiático – Una persona de descendencia de cualquier persona originaria del Lejano Oriente, Sureste de Asia, o el lugar de la India.

- Asiático – **Chino**
- Asiático – **Japonés**
- Asiático – **Coreano**
- Asiático – **Vietnamés**
- Asiático – **Indio Asiático**
- Asiático – **Laosiano**
- Asiático – **Camboyano**
- Asiático – **Otro Asiático (Hmong)**

Isleño del Pacífico - Una persona de descendencia de cualquier persona originaria de Hawai, Guam, Samoa, u otras Islas del Pacífico.

- Isleño del Pacífico - **Hawaiano**
- Isleño del Pacífico - **Guamo**
- Isleño del Pacífico - **Samoano**
- Isleño del Pacífico - **Tahitiano**
- Isleño del Pacífico – **Otro Isleño del Pacífico**

- Filipino** – Una persona de descendencia de cualquier persona originaria de las Islas Filipinas.

- Negro o Afro Americano**– Una persona de descendencia de cualquier grupo racial negro de África.

- Blanco** Una persona de descendencia de cualquier persona originaria de Europa, Medio Este, o África del Norte.

RAZA / SECUNDARIA

Marque **el grupo o grupos** adicionales con los cuales también se identifica el estudiante

- Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona de descendencia de cualquier persona originaria del Norte o Sur de América (incluyendo América Central), y la cual mantiene una afiliación o vínculo de tribu o comunidad.

Asiático – Una persona de descendencia de cualquier persona originaria del Lejano Oriente, Sureste de Asia, o el lugar de la India.

- Asiático – **Chino**
- Asiático – **Japonés**
- Asiático – **Coreano**
- Asiático – **Vietnamés**
- Asiático – **Indio Asiático**
- Asiático – **Laosiano**
- Asiático – **Camboyano**
- Asiático – **Otro Asiático (Hmong)**

Isleño del Pacífico - Una persona de descendencia de cualquier persona originaria de Hawai, Guam, Samoa, u otras Islas del Pacífico.

- Isleño del Pacífico - **Hawaiano**
- Isleño del Pacífico - **Guamo**
- Isleño del Pacífico - **Samoano**
- Isleño del Pacífico - **Tahitiano**
- Isleño del Pacífico – **Otro Isleño del Pacífico**

- Filipino** – Una persona de descendencia de cualquier persona originaria de las Islas Filipinas.

- Negro o Afro Americano** – Una persona de descendencia de cualquier grupo racial negro de África.

- Blanco** Una persona de descendencia de cualquier persona originaria de Europa, Medio Este, o África del Norte.

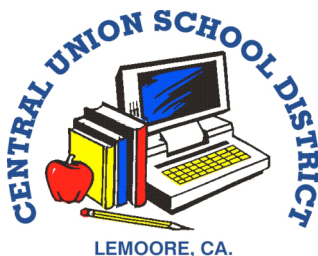
NIVEL DE EDUCACION DE LOS PADRES

Indique la respuesta que describa al padre con el nivel más alto de educación.

- No se graduó de la preparatoria Graduado de la universidad
- Graduado de preparatoria Escuela universitaria de graduados /Instrucción de postgraduado
- Asistió a la universidad Rehúsa informar ó no sabe

Uso de la Escuela Solamente

Educación Especial



Información de la Matriculación
Procedimiento de la Administración del Traslado

Uso de la Escuela Solamente

Nombre del Estudiante _____ Sitio Escolar _____

Fecha de Nacimiento _____

Padre/Guardián indico que el estudiante recibió servicios de la educación especial en la escuela anterior.

- SI
 NO

Firma de la Secretaria de Asistencia

Fecha

Fecha de la Matriculación

(Esta sección debe de ser llenada por el Sitio Escolar cuando el padre indique que servicios de la educación especial fueron proveídos.)

1) Sitio Escolar

- La secretaria de la asistencia del sitio encargada de la matriculación le avisado a la Oficina de la Educación Especial (Oficina del Distrito) sobre la matriculación del estudiante.
 - La secretaria de la asistencia tomo la firma del padre para ceder la información
 - La secretaria de la asistencia envió por fax los siguientes documentos a la Oficina del Distrito
 - Copia del permiso para Ceder la Información (*mandar la original por el correo del DO*)
 - IEP (si esta disponible)
 - Información de la Matriculación
 - El estudiante fue matriculado pendiente que todo otro requerimiento para la matriculación fue cumplida.
-

CENTRAL UNION SCHOOL DISTRICT

Autorización para intercambiar/ceder información y archivos de asistencia, archivos de welfare, médico y de la salud, examen psicológica, colocación en educación especial y otros.

| | |
|------------------------|----------------------|
| Nombre del Estudiante: | Fecha de Nacimiento: |
|------------------------|----------------------|

Información para ser cedida/intercambiada de:

| |
|-----------------|
| Nombre/Agencia: |
| Domicilio: |

Información para ser cedida/intercambiada a:

| |
|-----------------|
| Nombre/Agencia: |
| Domicilio: |
| Solicitada por: |

Información para ser cedida/intercambiada:

- Asistencia y archivos de welfare
- Archivos médicos y de la salud
- Resultados del examen psicológica / Colocación en la Educación Especial
- Archivos Cumulativos de la Educación
- Archivos de Disciplina
- Otro (*especificar*):

Ley pública 93-380 (Derechos de la Educación Familiar y Acto de Privacidad, 1974) declara, en parte, cuando los archivos del estudiante deben de ser trasladados a otra escuela fuera del estado, o si los archivos del estudiante, otro que los archivos cumulativos, son de ser enviados a otra escuela y/o agencia, los padres o guardianes de los estudiantes o los estudiantes mayores de 18 años de edad, son avisados del traslado, recibir una copia de los archivos trasladados, si es deseado, y tienen la oportunidad de una audiencia para desafiar el contenido de los archivos.

PUBLICACION: Esta información es publicada para los archivos quienes confidencialmente son protegidos por la ley Federal. Regulaciones Federales (42 CRF Parte 2) prohíbe a que se haga cualquier cambio en la publicación de esta información excepto con el consentimiento declarada por escrito de la persona a quien le pertenecen. Cambios son compartidos con la(s) persona(s) designada o representantes apropiado de las agencias declaradas para ser cedidas. La confidencia de la información medica y tal información relacionadas es protegida por los Estatutos del Estado y Federal y Regulaciones. Una fotocopia o transmisión de fax también es valida como autorización y puede ser considerada una sustitución adecuada del archivo original. Yo comprendo que esta autorización se extiende a todos o cualquier parte de los archivos/información designada.

| | | | |
|-----------|--|------------|--|
| Firma: | | Relación: | |
| Fecha: | | Domicilio: | |
| Teléfono: | | | |