



Preinscripción

Por favor esté preparado para proveer la información de los siguientes documentos junto con el paquete completo de inscripción:

Requisitos para entrar a la escuela; grados TK-6

- **Las siguientes inmunizaciones son requeridas:**
 - 5 Dosis - DPT/DtaP/DT/Td
 - 4 Dosis - Polio
 - 3 - Dosis Hepatitis B
 - 2 Dosis - MMR (ambos deben ser dados en o después del primer cumpleaños)
 - 1 Dosis - Varicela (para Kínder hasta 2º grado)

- **Verificación de fecha de nacimiento por medio de uno de los métodos siguientes:**
 - Acta de Nacimiento
 - Declaración Local Secretario / Registrador del Condado
 - Certificado Bautismal o de Iglesia
 - Pasaporte
 - Afidávit

- **Comprobante de Domicilio (Fractura de Servicios Públicos)**
 - **Identificación con Foto de Padre/Tutor Legal**
 - **Copia del IEP/504 si es aplicable**

EXPLICACIÓN DE LA ENCUESTA DEL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

La Sección 52164.1 del Código Educativo de California requiere que los padres de familia deben completar una Encuesta del Idioma que se Habla en el Hogar cuando matriculen a niños(as) a la escuela.

Por favor conteste estas preguntas con exactitud ya que NO SE PUEDEN CAMBIAR después de este momento.

El cuestionario pregunta:

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo(a) cuando empezó a hablar?*
2. ¿En qué idioma habla más frecuentemente su hijo(a) en el hogar?*
3. ¿Qué idioma habla usted (el padre o tutor legal) más frecuentemente cuando habla con su hijo(a)?*
4. ¿Qué idioma se habla más frecuente en el hogar entre los adultos?

****Si responde a las primeras tres preguntas con otro idioma aparte del Inglés, se exige, por la Ley Estatal y Federal (Título III de la Ley Cada Estudiante Tendrá Éxito), que su niño(a) tome las Pruebas de Suficiencia en el Idioma Inglés de California (ELPAC por sus siglas en Inglés). Este examen evaluará a su hijo(a) en su lectura, escritura, comprensión auditiva y expresión oral del idioma inglés académico y social.***

Basados en estos resultados su hijo(a) será identificado como:

Aprendiz del Idioma Inglés (EL por sus siglas en Inglés)

O

Competente con Fluidez en el Inglés (FEP por sus siglas en Inglés)

Los estudiantes quienes son identificados como Alumnos del Idioma Inglés (EL) necesitaran que participen en el Programa del Desarrollo del Idioma Inglés y ser evaluados cada año (K-12) hasta que sean identificados como competentes en el Inglés.

Nombre LEGAL del Estudiante: _____
(Del Acta de Nacimiento) Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Sufrido

Previamente o También Conocido Como (Apodos No): _____ Femenina Masculino **Grado:** _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____
 Mes Día Año Ciudad Estado País

Domicilio del Hogar Ciudad Estado Código Postal

Domicilio de Correspondencia (SI ES DIFERENTE) Ciudad Estado Código Postal

Teléfono del Contacto Primario: (____) _____ Tipo de Teléfono: Celular Hogar Trabajo Madre Padre Tutor Legal Otro _____
(Este número se usara para contactarlo con información importante y/o urgente y se usara por nuestro servicio de teléfono automático).

**¿Que servicios está recibiendo el estudiante, actualmente?
 (Por favor seleccione todas las cajitas que le apliquen)**

Recurso (RSP) Educación Dotada (GATE)
 Clase de Día Especial (SDC) Intervenciones
 Expresión Oral/Lenguaje Ninguna
 Educación Física Modificada
 IEP - Plan Educativo Individualizado (Proporcione una copia)
 Plan de Arreglos Especiales 504 (Proporcione una copia)

Sólo para Uso de la Oficina:

Escuela: _____ ID Estudiantil: _____
 FDN/Grado Verificado _____ Día de Comienzo _____
 Maestro (a) _____
 Traslado entre Distritos de _____

PADRES/TUTORES LEGALES

Estudiante Vive con: Padre Madre Padrastro Madrastra Tutor Legal Foster/Hogar de Grupo Otro (Especifique) _____

Nota: Únicamente con una orden de la corte le podemos negar acceso a los registros del estudiante a un padre o una madre sin custodia o prevenir que los recojan.

¿Hay una orden de alejamiento en efecto? Sí No (Si es que sí, DEBE proveer una copia de la orden a la oficina de la escuela).

Vive con estudiante? _____ | _____ | (____) _____ | (____) _____
 Nombre de Tutor Primero Legal Apellido # de Teléfono del Hogar # de Teléfono del Celular
 Sí, me gustaría recibir mensajes de texto con actualizaciones de VESD. Sí
 (____) _____ | _____ | _____ | _____
 # de Teléfono del Trabajo Correo Electrónico Relación al Estudiante

Vive con estudiante? _____ | _____ | (____) _____ | (____) _____
 Nombre de Tutor Primero Legal Apellido # de Teléfono del Hogar # de Teléfono del Celular
 Sí, me gustaría recibir mensajes de texto con actualizaciones de VESD. Sí
 (____) _____ | _____ | _____ | _____
 # de Teléfono del Trabajo Correo Electrónico Relación al Estudiante

¿Está algún tutor legal del estudiante en Servicio Activo/Tiempo Completo en las Fuerzas Armadas (Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina, Guardacostas)? Sí No

NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES – Seleccione lo que describa el nivel educativo más alto entre los padres/tutores legales: CAMPO OBLIGATORIO

- No graduado de la preparatoria Algo de Universidad (incluyendo Diploma AA) Escuela superior/ capacitación de posgrado
 Graduado de la preparatoria Graduado de la Universidad

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Vive con estudiante? _____ | _____ | _____ | (____) _____
 Nombre Apellido Relación al Estudiante Hogar Celular Trabajo

Vive con estudiante? _____ | _____ | _____ | (____) _____
 Nombre Apellido Relación al Estudiante Hogar Celular Trabajo

Vive con estudiante? _____ | _____ | _____ | (____) _____
 Nombre Apellido Relación al Estudiante Hogar Celular Trabajo

Vive con estudiante? _____ | _____ | _____ | (____) _____
 Nombre Apellido Relación al Estudiante Hogar Celular Trabajo

Vive con estudiante? _____ | _____ | _____ | (____) _____
 Nombre Apellido Relación al Estudiante Hogar Celular Trabajo

Vive con estudiante? _____ | _____ | _____ | (____) _____
 Nombre Apellido Relación al Estudiante Hogar Celular Trabajo

¿DONDE ESTA VIVIENDO SU HIJO(A)/FAMILIA, ACTUALMENTE? (Mandado federalmente por NCLB: Por favor seleccione una opción).

- Una familia en el hogar – (Residencia Permanente) Hospedaje Temporal
 Compartiendo hogar con otras familias/individuos – (Temporalmente Compartiendo) Temporalmente sin hospedaje (carro/sitio para acampar)
 Familia Foster o Colocación con Parentesco Hotel/Motel

Nombre _____

Grado _____

Maestro(a) _____

Por favor conteste **AMBAS** preguntas, una es por **Identidad Étnica** y la otra por **Raza**.

CAMPOS OBLIGATORIOS

¿CUAL ES LA IDENTIDAD ÉTNICA DE SU HIJO(A)? Marque la identidad étnica con la que más se relacione el estudiante (por favor seleccione una):

- Hispano/Latino (Una persona de cultura u origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sudamericano, Centroamericano u otra cultura de Español sin importar su raza)
- No hispano o Latino

¿CUAL ES LA RAZA DE SU HIJO(A)? (Seleccione hasta 5 categorías) La sección anterior tiene que ver con identidad étnica, **no raza**. A pesar de lo que escogió anteriormente por favor continúe respondiendo lo que sigue al marcar una o más cajitas para indicar cual raza es.

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte o Nativo de Alaska
* Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano
* Centroamericano
* Sudamericano | <input type="checkbox"/> Asiático: Chino
<input type="checkbox"/> Asiático: Filipino
<input type="checkbox"/> Asiático: Hmong
<input type="checkbox"/> Asiático: Japonés
<input type="checkbox"/> Asiático: Coreano
<input type="checkbox"/> Asiático: Camboyano | <input type="checkbox"/> Asiático: Vietnamita
<input type="checkbox"/> Asiático: Otro
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano
<input type="checkbox"/> Nativo de la Polinesia: Guamano
<input type="checkbox"/> Nativo de la Polinesia: Hawaiano
<input type="checkbox"/> Nativo de la Polinesia: Samoano | <input type="checkbox"/> Nativo de la Polinesia: Tahitiano
<input type="checkbox"/> Nativo de la Polinesia: Otro
<input type="checkbox"/> Blanco
* Europeo
* Africano del Norte
* Medio Oriente |
|---|---|---|--|

ENCUESTA DEL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

CAMPOS OBLIGATORIOS

El *Código Educativo de California* contiene requisitos legales que ordena a las escuelas a que determinen el lenguaje que se habla en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que la escuela provea programas y servicios instructivos y adecuados. Como padres o tutores legales, se les pide su cooperación en cumplir con este requisito legal. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas que se alistan enseguida de la manera más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre o los nombres del lenguaje o lenguajes que aplican en el espacio provisto. Por favor no deje ninguna pregunta si contestar.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo(a) cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla con más frecuencia su hijo(a) en el hogar? _____
3. ¿Qué idioma usa usted (padre/madre/tutor legal) con más frecuencia cuando habla con su hijo(a)? _____
4. ¿Qué idioma usan con más frecuencia los adultos en el hogar? _____

INFORMACIÓN DE ESCUELA

¿Alguna vez ha asistido este estudiante a una escuela en el estado de California? No Sí Escuela / Ciudad _____

¿Alguna vez ha sido retenido este estudiante? No Sí, Grado _____ Escuela / Ciudad _____

¿Alguna vez ha estado o está el estudiante en el proceso de ser expulsado? Sí No Grado _____ Escuela / Ciudad _____

Última escuela que asistió: _____
Nombre de Escuela Ciudad / Estado Numero de Teléfono Ultimo Grado Matriculado(a) _____

¿Cuándo fue la primera vez que matriculó a su hijo(a) en una escuela de *E.U.*, *excluyendo el preescolar*? Fecha: _____ Grado: _____

¿Cuándo fue la primera vez que matriculó a su hijo(a) en una escuela de *California*, *excluyendo el preescolar*? Fecha: _____ Grado: _____

OTROS NIÑOS EN EL HOGAR

Nombre y Apellido	Parentesco	Vive en Casa	Asistiendo a la Escuela	Grado/Edad
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____

PROBLEMAS DE SALUD/MEDICAMENTOS

¿Tiene alergias el estudiante?..... Sí No Si es que sí, especifique: _____

¿Tiene algún problema de salud este estudiante? Sí No Si es que sí, especifique: _____

¿Toma algún medicamento este estudiante? Sí No Si es que sí, especifique: _____

Nota: Un formulario de consentimiento de medicamento debe recogerse de la oficina y llenarse CADA AÑO si el medicamento se necesita en la escuela

AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA

En caso de una emergencia en la cual no puedan contactarme, doy mi permiso para que se le dé la atención a mi hijo(a) que se piense necesaria por una enfermera, doctor, paramédico u hospital en cargo.

Entiendo que **Victor Elementary School District no provee seguro médico o de accidente para estudiantes por heridas relacionadas con la escuela pero si ofrece seguro de accidentes disponible para compra voluntaria.** He recibido la información y aplicación relacionada con este programa, si fue solicitado. Iniciales _____

Regularmente, como se irá a casa su estudiante (solamente se podrá cambiar permanentemente por escrito):

- Recogido(a) por Padres
- Caminando
- En Bicicleta
- Autobús Ruta/Parada _____

He/Hemos repasado este documento y a lo mejor de mi/nuestro entendimiento, la información contenida aquí es verdadera y completa. La persona que firmó este documento declara bajo pena de perjurio que es el padre, madre o tutor legal del estudiante mencionado en la parte superior y proveen la autorización mencionada.

Fecha: _____

Firma de Padre/Madre/Tutor Legal: _____