

DISTRITO DE LAS ESCUELAS DE CARMEL
FORMULARIO DE MATRICULA (CCSD Registration Form – SPANISH)

Fecha de Hoy: ___ / ___ / ___

INFORMACION DEMOGRAFICA

1. Apellido de Estudiante: _____ Nombre: _____ 2do Nombre: _____	
2. Fecha de Nacimiento: ___/___/___ MM DD AÑO LUGAR DE NACIMIENTO PAIS DE NACIMIENTO	3. Nombre de Madre: _____ Si aplica
4. # de Seguro Social (opcional): _____ - _____ - _____	5. Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
7. Idioma mayormente hablado en casa: _____	8. Nació en EEUU: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9. Año de Entrada al los EEUU: _____	

INFORMACION DE ESCUELA ANTERIOR

10. Nombre de Escuela Anterior: _____	11. Teléfono: (____) ____ - _____
12. Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____	

IDENTIFICACION RACIAL Y ORIGEN ETNICO DEL ESTUDIANTE: El Distrito Escolar de Carmel ha adoptado una política que requiere la recopilación y registración de la identidad étnica de los estudiantes del Distrito Escolar de acuerdo a las categorías y definiciones federales. La información se utilizara para reportar información al Estado y Departamento de Educación, establecer programas educativos y asegurar la disponibilidad de esos programas a todos los estudiantes, estudiar el movimiento de los estudiantes en los diferentes grupos étnicos al cambiar de escuela a escuela, analizar las diferencias en el rendimiento académico, las asistencia a la escuela y cumplimiento de la escuela.

13. ¿Es el estudiante hispano, latino o de origen español? Hispano, latino o de origen español quiere decir una persona de origen Cubano, Mejicano, Puertorriqueño, Centro o Sur Americano, u otro origen o cultura hispana
 SI - Hispano NO – No Hispano

14. Escoja una o más razas de los siguiente cinco grupos:

- BLANCO: Una persona con orígenes de personas de Europa, incluyendo a España, Norte África, o del oriente medio
- NEGRO: Una personal con orígenes en cualquier grupo/raza de África
- HAWAIANO O OTRA ISLA PACIFICA: Una persona con orígenes de Hawái, Guam, Samoa, o otra isla pacifica.
- ASIANO: Una persona con orígenes en cualquier lugar del Oriente Extremo, Asia-Sur Oriental, o de India incluyendo por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia y Vietnam
- INDIO AMERICANO O DE ALASKA: Una persona de origen en cualquier lugar originales como América del Norte o Sur América (incluyendo Centro América), y cuyo derive de afiliación Cherokee, Mohawk, inuit, Maya, Inca (pero no limitada a estos listados)

ESTADO DE VIVIENDA DEL ESTUDIANTE: Este cuestionario está destinado a abordar la Ley McKinney-Vento 42 USC 11435. Las respuestas a esta ayuda la información de residencia determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir.

15. Estudiante vive con:	<input type="checkbox"/> Padres (con Padre & Madre)	<input type="checkbox"/> Abuelos	Estado de la Residencia de los Padres:	<input type="checkbox"/> Casa Propia
	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padres Adoptivos		<input type="checkbox"/> Alquilador
	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Viviendo con Parientes
	<input type="checkbox"/> Padraastro			<input type="checkbox"/> Otro

16. Es su dirección corriente temporaria? Si No
 Es la causa de esta dirección temporaria por perdida de casa/apartamento o dificultades económicas? Si No
Si contesto SI a las preguntas de arriba, favor conteste la siguiente. Si contesto NO, omita la pregunta siguiente.

17. ¿Donde vive el estudiante actualmente?

<input type="checkbox"/> En un motel	<input type="checkbox"/> De lugar a lugar
<input type="checkbox"/> En un asilo/albergue	<input type="checkbox"/> En un lugar no apropiado para vivienda ordinario (carro, parque)
<input type="checkbox"/> Con mas de una familia en una casa o apartamento	

DISTRITO DE LAS ESCUELAS DE CARMEL
FORMULARIO DE MATRICULA (CCSD Registration Form – SPANISH)

INFORMACION SOBRE EL ESTUDIANTE

18. Dirección de Envió: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

19. Tel. de Casa: (____) ____ - _____

20. Dirección (únicamente si diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zonal Postal: _____

21. Dirección Anterior: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

INFORMACION DE GUARDIAN Relación: Madre Padre Otra

22. Primer Nombre: _____ Inicial de Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

23. Idioma para recibir correspondencia: _____ **24.** Dirección Electrónica: _____

25. Ocupación: _____ **26.** Educación: _____

27. Ciudad o Estado de Nacimiento: _____ **28.** País de Nacimiento: _____

29. Tel de Casa: (____) ____ - _____ **30.** Tel de Trabajo: (____) ____ - _____ **31.** Tel. Celular: (____) ____ - _____

LASIGUIENTE INFORMACION SERA USADA COMO FORMA DE COMUNICACION. Priority Phone #1 is used for all attendance and school communications (messages, school delays/closing) Priority Phone #2 and #3 is only used during an emergency:

32. Priority Phone #1: (____) ____ - _____ **33.** Priority Phone #2: (____) ____ - _____ **34.** Priority Phone #3: (____) ____ - _____

INFORMACION DE GUARDIAN Relación: Madre Padre Otra

35. Primer Nombre: _____ Inicial de Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

36. Idioma para recibir correspondencia: _____ **37.** Dirección Electrónica: _____

38. Ocupación: _____ **39.** Educación: _____

40. Ciudad o Estado de Nacimiento: _____ **41.** Pais de Nacimiento: _____

42. Tel de Casa: (____) ____ - _____ **43.** Tel de Trabajo: (____) ____ - _____ **44.** Tel. Celular: (____) ____ - _____

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA

45. Nombre1: _____ Tel1:(____) ____ - _____ Celular1: (____) ____ - _____

46. Nombre2: _____ Tel2:(____) ____ - _____ Celular2: (____) ____ - _____

47. Nombre de su doctor: _____ Tel: (____) ____ - _____ Celular: (____) ____ - _____

48. INFORMACION DE HERMANOS (Favor de incluir nombres de hermanos si edad escolar)

Name	Relationship	Date of Birth	Present School	Grade
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

INFORMACION LEGAL (únicamente si aplica)

49. ¿Hay custodia conjunta en efecto? Si No En caso que si haya custodia conjunta – favor dénos copia del acuerdo para poder cumplir

50. ¿Hay una orden de refreno presente? Si No En caso que si haya una orden refreno – favor dénos copia del acuerdo para poder cumplir

51. La orden de refreno es contra: Padre Madre Otro

DISTRITO DE LAS ESCUELAS DE CARMEL
FORMULARIO DE MATRICULA (CCSD Registration Form – SPANISH)

OTRA INFORMACION PERTINENTE (únicamente si aplica)

52. ¿Tiene su niño un plan educacional individual (IEP)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
53. ¿Tiene su niño un plan 504?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
54. ¿Participa su niño en un programa avanzado académico?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
55. ¿Hacido jamás su niño suspendido o expulsado de una escuela?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
56. ¿Es su niño considerado como un estudiante fuera del distrito o un estudiante transferido de otro distrito?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
57. ¿En su escuela anterior, recibía su niño servicios gratis/reducido de alimento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
58. ¿En cualquier momento pensó matricular su niño en:	<input type="checkbox"/> Escuela Privada	<input type="checkbox"/> Distrito Escolar de Carmel	<input type="checkbox"/> Educado en Casa
59. ¿Tiene su niño cualquier tipo de alergia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
60. ¿Toma su niño cualquier tipo de medicación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
61. ¿Es su niño incapacitado físicamente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Toda la información suministrada es cierta. Entiendo que es mi responsabilidad avisarle a la escuela si cualquier parte de esta información cambia.

62. Firma de Padre/Representante: _____ **Fecha firmado:** _____

PARA USO DE LA OFICINA (FOR OFFICE USE ONLY)					
	Yes	No	Not Applicable	Verified By	Date
Proof of Age/Birth Certificate:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Proof of Residency (2 Proofs Required):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Health Information Record Form Complete:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Immunization Records Submitted:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Foster Child Care Form has been Submitted:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Legal Papers for Joint-Custody or Parenting Plan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Legal Papers for Restraining Order:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____