



Distrito Escolar Unificado de Tehachapi

Registración de Estudiante

Escuela:
 THS CV Monroe
 GH JMS TE

Grado: _____

¿Anteriormente, ha asistido su estudiante a las escuelas públicas del Distrito de Tehachapi? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
Si es un sí, cual escuela(s): <input type="checkbox"/> THS <input type="checkbox"/> Monroe <input type="checkbox"/> JMS <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> TE						
No, ultima escuela que asistió:		Nombre:		Ciudad y Estado:		Grado/s:

APELLIDO LEGAL DEL ESTUDIANTE		PRIMER NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE		SEGUNDO NOMBRE	
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO			NUMERO TELEFONICO PRINCIPAL DE ESTUDIANTE	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Mes	Día	Año		
APELLIDO DE PADRE/TUTOR		PRIMER NOMBRE		NUMERO PRINCIPAL	NUMERO ALTERNATIVO/TRABAJO
APELLIDO DE PADRES/TUTOR		PRIMER NOMBRE		NUMERO PRINCIPAL	NUMERO ALTERNATIVO/TRABAJO
DIRECCIÓN DE HOGAR DEL ESTUDIANTE (Dirección física)			APT. #	CIUDAD	CODIGO POSTAL
DIRECCIÓN DE CORREO DEL ESTUDIANTE (Si es diferente a la dirección de hogar.)				CIUDAD	CODIGO POSTAL
NUMERO DE PREFERENCIA PARA RECIBIR LLAMADAS AUTOMÁTICAS				LENGUAJE PARA LLAMADAS AUTOMATICAS (Marque uno)	
				<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Español
CORREO ELECTRÓNICO PRIMARIO PARA CORRESPONDENCIA				LENGUAJE DE CORRESPONDENCIA (Marque uno)	
				<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Español

El estudiante actualmente vive en una residencia de una familia
 El estudiante vive en una situación alternativa o es un menor de edad en cuidado temporal (Complete el Cuestionario de Información del Estudiante)

INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES (con quien vive el estudiante) – marque todo lo que aplica			
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padrastro o Madrastra (nombre):	<input type="checkbox"/> Padre Adoptivo
<input type="checkbox"/> Padres Sustitutos	<input type="checkbox"/> Menor de Edad Viviendo con un Proveedor de Cuidado (nombre & número de teléfono): (Favor de completar un "Caregiver Affidavit")		
<input type="checkbox"/> Otro: _____			
¿La persona(s) marcada(s) anterior es el tutor legal del estudiante?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si hay un arreglo de custodia legal, marque uno.		<input type="checkbox"/> Custodia Compartida	<input type="checkbox"/> Custodia Exclusiva <input type="checkbox"/> Tutela Legal
APELLIDO DE PROVEEDOR DE CUIDADO	PRIMER NOMBRE	NUMERO TELEFONICO DE DÍA	NUMERO DE CELULAR

EDUCACIÓN DE PADRES (Marque la respuesta que describa el nivel de educación del Padre más educado)	HISTORIA ESTUDIANTIL		
<input type="checkbox"/> No se graduó de la preparatoria (14)	Ciudad donde Nació:	Estado donde Nació:	País donde Nació:
<input type="checkbox"/> Graduado de la preparatoria (13)			
<input type="checkbox"/> Algo de Universidad o Escuela tecnológica (12)			
<input type="checkbox"/> Graduado de la Universidad (11)			
<input type="checkbox"/> Maestría o doctorado (10)	Fecha de cuando el estudiante primero asistió la escuela en California (MM/DD/AA):		

Por favor complete la información en el otro lado de la forma.

ENCUESTA DEL LENGUAJE DEL HOGAR: Indique solo un lenguaje por línea (el más frecuentemente usado):

1. ¿Qué lengua/dialecto su hijo(a) aprendió cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué lengua/dialecto su hijo(a) habla más en casa? _____
3. ¿Cuál lenguaje/dialecto habla usted más frecuentemente con su hijo/a? _____
4. ¿Se le ha administrado el CLEDT a su hijo/a (Examen del Desarrollo del Lenguaje Inglés de CA)? _____

¿Si su hijo/a ha recibido servicios del Lenguaje de Inglés, fueron reclasificados? Si, Fecha: _____ No No estoy Seguro

¿TIENE SU HIJO/A UN PROGRAMA EDUCACIONAL INDIVIDUALIZADO ACTIVO (IEP) O UN PLAN DE 504? SI NO

Que servicios especiales ha recibido su hijo (marque todo lo que aplique):

- Recursos (RSP) Clase de Día Especiales (SDC) Servicios de 504 Habla/Lenguaje

¿Tiene su hijo alguna condición médica o alergias que debemos saber? Si No

Liste aquí:

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO/A?

- Hispano o Latino * No Hispano o Latino

* Una persona Cubana, Mexicana, Puertorriqueño, Sur o Centro Americano u otra cultura u origen Español, sin importar la raza. .

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO/A? (por favor número de acuerdo con la preferencia de 1-5)

La pregunta anterior es acerca de la etnicidad, no de raza. No importa lo que haya seleccionado anteriormente, por favor continúe respondiendo lo siguiente al numerar una o más de las cajas para indicar lo que usted considera que es la raza de su hijo/a.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (100)* | <input type="checkbox"/> Laico (206) | <input type="checkbox"/> Samoano (303) |
| <input type="checkbox"/> Chino (201) | <input type="checkbox"/> Camboyano (207) | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304) |
| <input type="checkbox"/> Japonés (202) | <input type="checkbox"/> Hmong (208) | <input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacifico (399) |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203) | <input type="checkbox"/> Otro Asiático (299) | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano (400) |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301) | <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro (600) |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático (205) | <input type="checkbox"/> Guamanio (302) | <input type="checkbox"/> Blanco (700) ** |

* Personas que tengan orígenes con cualquiera de las gentes originales del Norte, Centro o Sur América que mantengan afiliaciones tribales o apego a la comunidad.

** Personas que tengan orígenes con cualquiera de las gentes originales de Europa, África del Norte o el Medio Este.

¿Ha sido suspendido su estudiante? Si, Fecha: _____ No

¿Ha sido expulsado su estudiante? Si, Fecha: _____ No

FIRMA DE PADRE**FECHA****Para Uso Escolar Solamente:**

Expulsion Date: _____ EL: _____ Hml: _____ Sped: _____ Start Date: _____ Perm. ID: _____ Input Comp. _____