DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE

Formulario de Inscripción/Formulario de Información

1) INFORMACION DEL ALUMNO

Apellido del alumno	Primer nombre	Segundo Nombre

Nombre legal, si es diferente	Correo electrónico de la familia	
Domicilio actual	Ciudad	Código Po
Domicilio de correspondencia, si es diferente	Ciudad	Código Po

Teléfono del hogar	Celular de madre/padre	Celular de madre/padre
( )	( )	( )

Fecha de nacimiento	Sexo: ❒ Masculino ❒ Femenino	Ciudad de nacimiento:	Estado:

2) ULTIMA ESCUELA DE ASISTENCIA

Nombre de la escuela	Ultimo día que asistió	Grado	Ciudad/Condado/Estado

¿Ha asistido previamente el alumno a otra escuela del Distrito Escolar Unificado de Riverside? ❒ No ❒ Si* *Escuela:

Fecha en que estudiante ingreso por primera vez en escuela en Estados Unidos:

3) INFORMACION DE FAMILIA

Escriba su nombre y apellido — **Marque si el alumno vive con:**

Padre/Padrastro/Padre de crianza
Persona proporcionado cuidado al menor/Tutor ❒

Madre/Madrastra/Madre de crianza
Persona proporcionado cuidado al menor/Tutor ❒

Código del Programa de Educación 192 de Miembro Familiar en las Fuerzas Armadas bajo Servicio Activo ❒

4) OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre (primero y apellido)	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela

5) CUESTIONARIO DE RESIDENCIA PARA ESTUDIANTES

❒ En una residencia para una sola familia
❒ Con mas de una familia en una casa o apartamento, per **NO** por dificultad económica
❒ Con parientes o amigos por **FALTA DE RECURSOS** para obtener un hogar (120)
❒ En un albergue o programa de vivienda de transición (100)
❒ En un motel/hotel (110)
❒ Temporalmente sin refugio, en su automóvil o campamento (130)
❒ En casa Foster o Hogar de Grupo (190)

FIRMA DE PADRE/TUTOR

Mi firma certifica que toda la información proporcionada dentro de este formulario es correcta. Comprendo que los cambios de domicilio, teléfono y/o información de emergencia deben ser reportados a la escuela dentro 24 horas para la seguridad de mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor **Fecha**

6) INFORMACION DE SALUD

Marque todo lo que proceda:

❒ **No se conoce algún problema de salud**
❒ Alergias (favor de explicar)
❒ Deficiencia de atención/hiperactividad
❒ Asma (❒ depende de inhalador)
❒ Diabético (❒ depende de insulina*)
❒ Convulsiones/epilepsia (❒ requiere medicamento*)
❒ Cirugías
❒ Enfermedades graves (favor de explicar
❒ Otro medico (favor de explicar)
❒ Otros medicamentos (favor de explicar)

Comments:

* **REQUIERE NOTA DEL MEDICO/COMPLETAR FORMULARIO DE AUTORIZACION MEDICA**

** **LEA EL MANUAL PARA PADRES PARA MAS INFORMACION ACERCA DE SERVICIOS DE SALUD**

7) PROGRAMAS ESPECIALES *Estudiantes Nuevos Solamente*

❒ **Si, mi hijo/a tiene un Plan de Educación Individual vigente (IEP)**
❒ Terapia de habla
❒ Programa de Especialista de Recursos (RSP)
❒ Clase especial diurna (SDC)
❒ **Mi hijo/a no ha participado en algún programa especial.**
❒ Educación de dotados y talentosos (GATE)
❒ Plan 504 Adaptado
❒ Mi hijo/a ha tenido exámenes especiales
❒ Plan de Conducta/Contrato de Conducta
❒ Equipo de estudio estudiantil (SST)
❒ Reprobó el grado: _____
❒ Hogar Hospital
❒ Otro _____

8) PREVIO HISTORIAL DE CONDUCTA *Estudiantes Nuevos Solamente*

SUSPENSION:

❒ Mi hijo/a **fue** previamente suspendido de una escuela publica/privada.*

EXPULSION:

❒ Mi hijo/a **fue** expulsado de una escuela publica/privada.*
❒ Mi hijo/a esta actualmente siendo referido para la expulsión de una escuela publica/privada o del distrito.*

***Por la ley los padres son exigidos divulgar esta información (EC 48918)**

9) NIVEL DE EDUCACION DE LOS PADRES

Esta información es solamente para informes de estadísticas/encuesta y serán mantenidos confidenciales

Por favor marque la caja que mas cercanamente es pertinente a los padres:

❒ Nos es en graduado de preparatoria
❒ Graduado de preparatoria
❒ Algo de universidad (colegio/universidad- 2 o 4 años)
❒ Graduado de universidad
❒ Escuela/Capacitación de Pos graduado
❒ Se niega a declarar o no conoce del graduado

10) ETNICIDAD DEL ALUMNO *Estudiantes Nuevos Solemente*

❒ No, no es hispano o latino
❒ Si, es hispano o latino

11) RAZA DEL ALUMNO *Estudiantes Nuevos Solemente*

❒ Indígena americana o indígena de Alaska	❒ Chino	❒ Hmong	❒ Otro asiático	❒ Vietnamita
❒ Indio asiático	❒ Filipino	❒ Japonés	❒ Otro isleño pacifico	❒ Caucásico
❒ Negro o afroamericano	❒ Guamaniano	❒ Coreano	❒ Samoano	
❒ Camboyano	❒ Hawaiano	❒ Laosiano	❒ Tahitiano	

Office Use Only

GRADE: ❒ REGISTRATION COMPLETE

Student ID

School of Residence

Special Education Placement (if applicable)

DOCUMENTS VERIFIED:

❒ Mandatory Parent Notification Receipt
❒ Parent Handbook
❒ Residency:
  ❒ Utility Bill Date: _____
  ❒ Utility Bill Date: _____
  ❒ Other Verification: _____
❒ Affidavit of Residency
❒ Parent/Guardian Signature
❒ Photo ID
❒ Caregiver
❒ Lunch Application
❒ Emergency Card
❒ Custody documents
❒ Birth Verification
❒ Immunization record ❒ Waiver
❒ Physical ❒ Waiver
❒ Transcripts
❒ Student Residency Questionnaire
❒ Health History Form
❒ Student Ethnicity and Race
❒ Home Language Survey

❒ Pending _____ Date ❒ Complete _____ Date

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil, en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. **Si tiene alguna queja o pregunta acerca de esta política, comuníquese con**: *Administrador principal de Servicios Estudiantiles o Agente de quejas del Distrito - 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951)788-7135 o (951)352-1200*

REV. 01/18