



DISTRITO ESCOLAR DE SNOHOMISH 201
HOJA DE INSCRIPCIÓN PARA NUEVOS ESTUDIANTES

ESCUELA: _____

FECHA: _____

NO LLENE EL ÁREA GRIS – USO DE LA OFICINA SOLAMENTE					
STUDENT SCHOOL NUMBER	SCHOOL ENTRY DATE	MEDICAL ALERT	HOMEROOM NUMBER	LOCKER NUMBER	BUS ROUTE
					AM PM

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Un miembro de su familia alguna vez ha estado inscrito en el Distrito Escolar de Snohomish?					
NOMBRE DE ESTUDIANTE: Apellido legal		Nombre legal		Segundo nombre legal	
FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)		SEXO (M/F)		LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad Condado Estado País	
¿RESIDENTE DEL DISTRITO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Servicio militar en la familia (marque con un círculo) A – Servicio activo en Fuerzas Armadas de EE.UU. G – Miembro Guardia Nacional M – Más de una persona en Fuerzas Armadas/Guardia Nacional N – Ninguno R- Reservista de Fuerzas Armadas de EE.UU. Z – Prefiere no contestar		IDIOMA PRINCIPAL QUE SE HABLA EN CASA <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____	
Distrito de residencia _____					

HOGAR PRINCIPAL (padre/madre/tutor con quien el estudiante reside principalmente) <i>Apellido legal (del contacto principal) Nombre legal Segundo nombre</i>		TEL. PRINCIPAL (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Marque si privado		TEL. PRINCIPAL #2 (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Marque si privado	
PARENTESCO CON ESTUDIANTE: Padre Madre Padrastro Madrastra Tutor Abuelo Abuela Tío Tía Agencia Amigo/a Estudiante Marque una opción O indique otra opción					
<i>Apellido legal Nombre legal Segundo nombre</i>		TEL # 1 (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Marque si privado		TEL # 2 (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Marque si privado	
PARENTESCO CON ESTUDIANTE: Padre Madre Padrastro Madrastra Tutor Abuelo Abuela Tío Tía Agencia Amigo/a Estudiante Marque una opción O indique otra opción					
CORREO ELECTRÓNICO DE LA FAMILIA		CORREO ELECTRÓNICO ADICIONAL			
DOMICILIO	Calle	No. de apto.	Ciudad	Estado	C.P.
DIRECCIÓN POSTAL (Si es distinta)	Calle	No. de apto.	Apartado postal	Ciudad	Estado C.P.

SEGUNDO HOGAR (padre/madre/tutor no custodio y que no reside con el estudiante) <i>Apellido legal Nombre legal Segundo nombre</i>		TEL # 1 (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Marque si privado		TEL # 2 (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Marque si privado	
PARENTESCO CON ESTUDIANTE: Padre Madre Padrastro Madrastra Tutor Abuelo Abuela Tío Tía Agencia Amigo/a Estudiante Marque una opción O indique otra opción					
(padre/madre/tutor no custodio y que no reside con el estudiante) <i>Apellido legal Nombre legal Segundo nombre</i>		TEL # 1 (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Marque si privado		TEL # 2 (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Marque si privado	
PARENTESCO CON ESTUDIANTE: Padre Madre Padrastro Madrastra Tutor Abuelo Abuela Tío Tía Agencia Amigo/a Estudiante Marque una opción O indique otra opción					
CORREO ELECTRÓNICO DE FAMILIA		PARENTESCO CON ESTUDIANTE: Padre Madre Padrastro Madrastra Tutor Abuelo Abuela Tío Tía Agencia Amigo/a Estudiante			
DIRECCIÓN POSTAL DE SEGUNDO HOGAR		(Calle/apartado postal, ciudad, estado, C.P.)			OTRA DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ESCUELA ANTERIOR	DISTRITO ESCOLAR ANTERIOR	CIUDAD Y ESTADO DE ESCUELA ANTERIOR
¿EL ESTUDIANTE HA ASISTIDO A LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE SNOHOMISH ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		FECHAS DE ASISTENCIA (mes/año)
NOMBRE(S) DE ESCUELA(S) ANTERIOR(ES):		

¿EXISTE UN PLAN DE CUSTODIA COMPARTIDA O PLAN DE CRIANZA EN VIGOR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si existe, el plan debe estar en los archivos de la escuela) <input type="checkbox"/> Copia anexa
¿EXISTE UNA ORDEN DE RESTRICCIÓN EN VIGOR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si existe, los documentos legales deben estar en los archivos de la escuela) <input type="checkbox"/> Copia anexa
La orden de restricción es contra: <input type="checkbox"/> La madre <input type="checkbox"/> El padre <input type="checkbox"/> Otro _____

¿SU ESTUDIANTE HA SIDO SUSPENDIDO POR UNA INFRACCIÓN DE ARMAS? Sí No Fecha: _____

¿SU ESTUDIANTE HA CALIFICADO PARA, O ESTADO INSCRITO EN, UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Su estudiante ha tenido un IEP (Programa de Educación Individualizada)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿SU ESTUDIANTE HA CALIFICADO PARA, O TENIDO, UN PLAN 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿EL ESTUDIANTE HA PARTICIPADO EN LO SIGUIENTE?: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Título – Servicios del Título I <input type="checkbox"/> LAP – Programa de Asistencia en el Aprendizaje <input type="checkbox"/> Dotado – Programa de Aprendizaje Acelerado <input type="checkbox"/> ELL – Estudiante de Inglés como Segundo Idioma 	¿SU ESTUDIANTE HA TENIDO QUE REPETIR UN GRADO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué grado(s)? _____
---	---

¿EL ESTUDIANTE VA A UNA GUARDERÍA? <input type="checkbox"/> Antes de la escuela <input type="checkbox"/> Después de la escuela <input type="checkbox"/> Antes y después de la escuela	PROVEEDOR DE CUIDADOS <i>Nombre Dirección Teléfono</i>
OTROS ARREGLOS DE CUIDADOS INFANTILES (Provea información por escrito a la escuela)	

HERMANOS/AS DEL ESTUDIANTE QUE ASISTEN A LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE SNOHOMISH			
Apellido	Nombre	Escuela	Grado

INSTRUCCIONES ESPECIALES ACERCA DE CREENCIAS RELIGIOSAS (Provea información por escrito a la escuela)

AUTORIZACIÓN PARA DEJAR AL ESTUDIANTE EN EL CUIDADO DE TERCEROS

En caso de lesión, enfermedad u otra situación no urgente de un estudiante, quisiéramos poder comunicarnos enseguida con su familia u otros adultos responsables. En caso de que no podamos contactar a un padre/madre/tutor, por favor provea los datos personas de confianza que estarán disponibles durante el día para cuidar a su estudiante.

CONTACTO PRINCIPAL (después de contactar al padre/madre/tutor) <i>Apellido legal Nombre legal</i>	PARENTESCO CON NIÑO/A	TEL # 1 (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	TEL # 2 (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
DOMICILIO DE CONTACTO PRINCIPAL <i>Calle Ciudad Estado C.P.</i>			
CONTACTO SECUNDARIO (después de contactar al padre/madre/tutor) <i>Apellido legal Nombre legal</i>	PARENTESCO CON NIÑO/A	TEL # 1 (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	TEL # 2 (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
DOMICILIO DE CONTACTO SECUNDARIO <i>Calle Ciudad Estado C.P.</i>			

AUTORIZACIÓN PARA DEJAR AL ESTUDIANTE EN EL CUIDADO DE TERCEROS: En el caso de que la escuela no pueda contactar al padre/madre/tutor, doy mi autorización para que deje a mi estudiante en el cuidado de la(s) persona(s) arriba señalada(s).
Firma de padre/madre/tutor legal _____ *Fecha* _____

AUTORIZACIÓN PARA URGENCIAS MÉDICAS: Comprendo que en caso de accidente o enfermedad, se hará todo esfuerzo por contactar inmediatamente al padre/madre/tutor. Si no es posible contactar al padre/madre/tutor, doy mi autorización para que la escuela procure cuidados urgentes para mi estudiante.
Firma de padre/madre/tutor legal _____ *Fecha* _____

Ver la siguiente página para datos demográficos

DATOS DEMOGRÁFICOS DE RAZA Y ETNIA – REQUERIDOS POR NORMAS ESTATALES Y FEDERALES

PREGUNTA 1. ¿Su niño/a es de origen hispano o latino? (Marque todas las casillas que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NO HISPANO/LATINO | <input type="checkbox"/> MEXICANO/MEXICANO-AMERICANO/CHICANO |
| <input type="checkbox"/> CUBANO | <input type="checkbox"/> CENTROAMERICANO |
| <input type="checkbox"/> DOMINICANO | <input type="checkbox"/> SUDAMERICANO |
| <input type="checkbox"/> ESPAÑOL | <input type="checkbox"/> LATINOAMERICANO |
| <input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑO | <input type="checkbox"/> OTRO HISPANO/LATINO |

PREGUNTA 2. ¿De qué raza(s) considera que es su niño/a? (Marque todas las casillas que correspondan)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> AFROAMERICANO/NEGRO | <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWÁI | <input type="checkbox"/> MAKAH |
| <input type="checkbox"/> BLANCO | <input type="checkbox"/> NATIVO DE FIJI | <input type="checkbox"/> MUCKLESHOOT |
| | <input type="checkbox"/> GUAMEÑO O CHAMORRO | <input type="checkbox"/> NISQUALLY |
| | <input type="checkbox"/> NATIVO DE ISLAS MARIANAS | <input type="checkbox"/> NOOKSACK |
| | <input type="checkbox"/> MELANESIO | <input type="checkbox"/> PORT GAMBLE KLALLAM |
| | <input type="checkbox"/> MICRONESIO | <input type="checkbox"/> PUYALLUP |
| <input type="checkbox"/> INDIO ASIÁTICO CAMBOYANO | <input type="checkbox"/> SAMOANO | <input type="checkbox"/> QUILEUTE |
| <input type="checkbox"/> CHINO | <input type="checkbox"/> TONGANO | <input type="checkbox"/> QUINAULT |
| <input type="checkbox"/> FILIPINO | <input type="checkbox"/> OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO | <input type="checkbox"/> SAMISH |
| <input type="checkbox"/> HMONG | | <input type="checkbox"/> SAUK-SUIATTLE |
| <input type="checkbox"/> INDONESIO | | <input type="checkbox"/> SHOALWATER |
| <input type="checkbox"/> JAPONÉS | | <input type="checkbox"/> SKOKOMISH |
| <input type="checkbox"/> COREANO | <input type="checkbox"/> NATIVO DE ALASKA | <input type="checkbox"/> SNOQUALMIE |
| <input type="checkbox"/> LAOCIANO | <input type="checkbox"/> CHEHALIS | <input type="checkbox"/> SPOKANE |
| <input type="checkbox"/> MALAYO | <input type="checkbox"/> COLVILLE | <input type="checkbox"/> SQUAXIN ISLAND |
| <input type="checkbox"/> PAKISTANÍ | <input type="checkbox"/> COWLITZ | <input type="checkbox"/> STILLAGUAMISH |
| <input type="checkbox"/> SINGAPURENSE | <input type="checkbox"/> HOH | <input type="checkbox"/> SUQUAMISH |
| <input type="checkbox"/> TAIWANÉS | <input type="checkbox"/> JAMESTOWN | <input type="checkbox"/> SWINOMISH TULALIP |
| <input type="checkbox"/> TAILANDÉS | <input type="checkbox"/> KALISPEL | <input type="checkbox"/> YAKAMA |
| <input type="checkbox"/> VIETNAMITA | <input type="checkbox"/> LOWER ELWHA | <input type="checkbox"/> OTRO INDIO DE WASHINGTON |
| <input type="checkbox"/> OTRO ASIÁTICO | <input type="checkbox"/> LUMMI | <input type="checkbox"/> OTRO AMERINDIO |

PREGUNTA 3. ¿De qué raza(s) local(es) considera que es su niño/a? (Marque una sola opción)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ASIÁTICO | <input type="checkbox"/> MULTIRRACIAL |
| <input type="checkbox"/> NEGRO, NO HISPANO | <input type="checkbox"/> ISLEÑO DEL PACÍFICO |
| <input type="checkbox"/> HISPANO | <input type="checkbox"/> BLANCO, NO HISPANO |
| <input type="checkbox"/> AMERINDIO/NATIVO DE ALASKA | <input type="checkbox"/> SIN CONTESTAR |

REQUIRED INFORMATION: If born in a country other than the United States, please answer these questions:

¿Cuántos meses lleva en los EE.UU.? _____ ¿Cuántos años? _____

¿Su niño/a recibió instrucción formal fuera de los EE.UU.? Sí No

¿Dónde y por cuánto tiempo? _____

Fecha: _____ Firma de verificación de padre/madre/tutor legal: _____