

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE

Formulario De Inscripción 2022-2023

1) INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
Apellido del alumno	Nombre	Segundo Nombre	
Nombre legal, si es diferente		Correo electrónico de la familia	
Domicilio actual		Ciudad	Código Postal
Domicilio de correspondencia, si es diferente		Ciudad	Código Postal
Teléfono del hogar ()	Celular de madre/padre ()	Celular de madre/padre ()	
Fecha de nacimiento	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Femenino		
2) ÚLTIMA ESCUELA DE ASISTENCIA			
Nombre de la escuela	Último día que asistió	Grado	Ciudad/Condado/Estado
¿Ha asistido previamente el alumno a otra escuela del Distrito Escolar Unificado de Riverside?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si*	*Escuela:
3) INFORMACIÓN DE FAMILIA			
<i>Escriba su nombre y apellido</i>		Marque si el alumno vive con:	
Padre/Padraastro/Padre de crianza Persona proporcionando cuidado al menor/Tutor		<input type="checkbox"/>	
Madre/Madrastra/Madre de crianza Persona proporcionando cuidado al menor/Tutor		<input type="checkbox"/>	
¿Acaso el padre/tutor se encuentra en servicio activo en la fuerzas armadas? (Servicio activo se define como servicio activo tiempo completo en las Fuerza Aérea, Ejército, Guarda Costas, Marina, Naval)		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sí esta activo/a, ¿Qué rama?		<input type="checkbox"/> Fuerza Aérea	<input type="checkbox"/> Ejército
		<input type="checkbox"/> Guarda Costas	<input type="checkbox"/> Marina
		<input type="checkbox"/> Fuerza Naval	
4) OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR			
Nombre (y apellido)	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela
5) INFORMACIÓN DE SALUD			
Marque todo lo que proceda:			
<input type="checkbox"/> No se conoce algún problema de salud		Comentarios:	
<input type="checkbox"/> Alergias (favor de explicar)		_____	
<input type="checkbox"/> Deficiencia de atención/hiperactividad		_____	
<input type="checkbox"/> Asma (<input type="checkbox"/> depende de inhalador*)		_____	
<input type="checkbox"/> Diabético (<input type="checkbox"/> depende de insulina*)		_____	
<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia (<input type="checkbox"/> requiere medicamento*)		_____	
<input type="checkbox"/> Cirugías		_____	
<input type="checkbox"/> Enfermedades graves (favor de explicar)		_____	
<input type="checkbox"/> Otro medico (favor de explicar)		_____	
<input type="checkbox"/> Otros medicamentos (favor de explicar)		_____	
		* REQUIERE NOTA DEL MEDICO/COMPLETAR FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA	
		** LEA EL MANUAL PARA PADRES PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE SERVICIOS DE SALUD	

6) PROGRAMAS ESPECIALES **Sí, mi hijo/a tiene un Plan de Educación****Individual vigente (IEP)** Terapia de habla Programa de Especialista de Recursos (RSP) Clase especial diurna (SDC) Plan 504 Adaptado Mi hijo/a ha sido evaluado para educación especial Educación de dotados y talentosos (GATE) Plan de Conducta/Contrato de Conducta Equipo de estudio estudiantil (SST) Foster/Hogar de Crianza Sin Hogar/McKinney-Vento Otro _____ Ninguno aplica**7) PREVIO HISTORIAL DE CONDUCTA****SUSPENSIÓN:** Mi hijo/a fue previamente suspendido/a de una escuela publica/privada.***EXPULSIÓN:** Mi hijo/a fue expulsado/a de una escuela publica/privada.* Mi hijo/a **ésta actualmente** siendo recomendado/a a una expulsión de una escuela publica/privada o del distrito.****Por la ley los padres son exigidos divulgar esta información (EC 48918)****8) NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS PADRES***Esta información es solamente para informes de estadísticas/encuestas y será mantenida confidencial*Por favor marque la casilla que más se asemeje a **los padres**: No es graduado de preparatoria Graduado de preparatoria Algo de universidad (colegio /universidad de 2 o 4 años) Graduado de universidad Escuela/Capacitación de Pos graduado Escuela/Capacitación de Pos graduado**9) ETNICIDAD DEL ALUMNO** No, no es hispano o latino Sí, es hispano o latino**10) RAZA DEL ALUMNO (elija uno o más)** Indígena americana o de Alaska Indio asiático Negro o afroamericano Camboyano Chino Filipino Guamaniano Hawaiano Hmong Japonés Coreano Laosiano Otro asiático Otro isleño pacifico Samoano Tahitiano Vietnamita Caucásico***** 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 e/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 _____

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:** Director de Servicios Estudiantiles o Agente de quejas del Distrito - 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951)788-7135 o (951)352-1200

REV. 02/22

OFFICE USE ONLY**GRADE:****Student ID:** **REGISTRATION COMPLETE****DOCUMENTS VERIFIED:** Photo ID Caregiver Proof of Address

Proof #1 Date: _____

Proof # 2 Date: _____

 Birth Verification Emergency Card Immunization record Physical Custody documents Health History Form Transcripts Student Housing Questionnaire Home Language Survey Mandatory Parent Notification Receipt Parent Handbook Lunch Application**SCHOOL OF RESIDENCE:**