

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE

Formulario De Inscripción 2022-2023

1) INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Apellido del alumno	Nombre del alumno	Segundo Nombre
Nombre legal, si es diferente		Correo electrónico de la familia
Domicilio actual	Ciudad	Código Posta
Domicilio de correspondencia, si es diferente	Ciudad	Código Posta
Teléfono del hogar ()	Celular de madre/padre ()	Celular de madre/padre ()
Fecha de nacimiento	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario	

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si*		*Escuela:	

3) INFORMACIÓN DE FAMILIA

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

Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Cuidador/Tutor/ Padre de Crianza

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 universidad Graduado de preparatoria Escuela/Capacitación de Pos graduado

Algo de universidad (colegio /universidad de 2 o 4 años) Escuela/Capacitación de Pos graduado

Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Cuidador/Tutor/ Padre de Crianza

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 universidad Graduado de preparatoria Escuela/Capacitación de Pos graduado

Algo de universidad (colegio /universidad de 2 o 4 años) Escuela/Capacitación de Pos graduado

¿Acáso el padre/tutor se encuentra en servicio activo en la fuerzas armadas? Si No
(Servicio activo se define como servicio activo tiempo completo en las Fuerza Aérea, Ejército, Guarda Costas, Marina, Naval)

Sí esta activo/a, ¿Qué rama? Fuerza Aérea Ejército Guarda Costas Marina 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:

- No se conoce algún problema de salud** Comentarios:
- 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)

Comentarios:

*** 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** Educación de dotados y talentosos (GATE) Individual vigente (IEP)
- Plan de Conducta/Contrato de Conducta
- Terapia de habla Equipo de estudio estudiantil (SST) Programa de Especialista de Recursos (RSP) Foster/Hogar de Crianza
- Clase especial diurna (SDC) Sin Hogar/McKinney-Vento Plan 504 Adaptado Ninguno aplica
- Mi hijo/a ha sido evaluado para educación especial Otro _____

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) ETNICIDAD DEL ALUMNO

- No, no es hispano o latino Sí, es hispano o latino

9) RAZA DEL ALUMNO (elija uno o más)

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

*** 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

SOLO USO DE OFICINA

GRADE: _____ Student ID: _____ REGISTRATION COMPLETE

DOCUMENTS VERIFIED: Birth Verification Transcripts Photo ID Emergency Card Student Housing Questionnaire

Caregiver Immunization record Home Language Survey Proof of Address Physical

Mandatory Parent Notification Receipt Proof #1 Date: _____ Custody documents

Parent Handbook Proof #2 Date: _____ Health History Form Lunch Application

SCHOOL OF RESIDENCE: