

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE

Formulario De Inscripción 2021-2022

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: ☐ Masculino ☐ No binario ☐ 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?		☐ No ☐ Si*	*Escuela:

3) INFORMACIÓN DE FAMILIA

Escriba su nombre y apellido		Marque si el alumno vive con:	
Padre/Padrastra/Padre de crianza		☐	
Persona proporcionando cuidado al menor/Tutor		☐	
Madre/Madrastra/Madre de crianza		☐	
Persona proporcionando cuidado al menor/Tutor		☐	
¿Acaso 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**

☐ 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 médico (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**

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:** 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. 12/19

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: