

Area oscura es para
uso de la oficina:

Date Received: ____/____/____

Date Enrolled: ____/____/____

- In School Boundary verified
 In District Transfer verified
 Out of District Exchange verified

4J Pupil Number: _____

Teacher Placement: _____

Formulario de Inscripción del Alumno

Para la Escuela Primaria



Información del Estudiante					Información del Domicilio					
Grado		Género/Sexo		F		M	Número			
Apellido						Calle				
Primer Nombre						Apartamento #				
Apellido que Prefiere						Ciudad				
Nombre que Prefiere						Zona Postal				
Segundo Nombre						Condado	Lane		Linn	
Fecha de Nacimiento						Tipo de Vivienda	Apartamento		Motel/Hotel	
Verificación de Edad	Partida de Nacimiento		Tarjeta Medica		Hogar Supervisado		Hogar Compartido con otras personas			
	Orden de la Corte		Pasaporte		Casa		Albergue			
	Verificación del Hospital				Casa Móvil		Sin Hogar			
Teléfono	()					Prueba de Vivienda	Arrendamiento		Impuesto de propiedad	
Antecedentes Étnicos	¿Es estudiante este hispano o latino?			Sí			Hipoteca		Factura de Gastos de Servicios	
				No		Domicilio de Correo		Marque aquí si es el mismo que el de su casa.		
Raza	Asiático		Calle y Numero		Calle y Numero					
	Blanco		Ciudad/Zona Postal		Ciudad/Zona Postal					
	Indio Americano/Nativo de Alaska		Ultima escuela		Ultima escuela					
	Isleño Pacífico		Dirección		Dirección					
	Negro		Ciudad/Estado		Ciudad/Estado					
Estatus del Estudiante	Marque los programas/plan que aplican a su estudiante					Zona Postal				
	ELL		IEP		504		Teléfono #			
	Educación Especial		Habla		TAG		Fax #			
	Es estudiante tiene necesidades especiales. <i>(Por favor describa)</i>									

Información de los Padres/Tutores

Marque abajo C por custodia y L para determinar con quien vive.

Marque "C" & "L" C = Custodia L = Vive con	<input type="checkbox"/>	Ambos Padres	<input type="checkbox"/>	Solo el Padre	<input type="checkbox"/>	Padre/Madrastra	<input type="checkbox"/>	Padrastro	<input type="checkbox"/>	Abuelo	<input type="checkbox"/>	Adoptivos
	<input type="checkbox"/>	Compartida	<input type="checkbox"/>	Solo la Madre	<input type="checkbox"/>	Madre/Padrastro	<input type="checkbox"/>	Madrastra	<input type="checkbox"/>	Abuela	<input type="checkbox"/>	Tutores
	<input type="checkbox"/>	Hermano	<input type="checkbox"/>	Hermana	<input type="checkbox"/>	Pariente	<input type="checkbox"/>	Ambos Padrastrros	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>	

For Office Files | Copy of Court/Custody Order on file at school: Dated: _____ | Restraining Order Copy on file at school: Exp Date: _____

Padres/Tutores Categoría	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	Padrastro	<input type="checkbox"/>	Abuelo	<input type="checkbox"/>	Tutores	<input type="checkbox"/>	Adoptivos	<input type="checkbox"/>	Servicios Sociales
	<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	Madrastra	<input type="checkbox"/>	Abuela	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Apellido	Empleador											
	Ocupación											
Nombre	<input type="checkbox"/>	¿Vive con el estudiante?	<input type="checkbox"/>	¿Contactar en emergencia?	Teléfono del Trabajo							
	<input type="checkbox"/>	¿El mismo domicilio del estudiante?			Teléfono de la casa							
Calle y número	(Si no-La misma dirección del estudiante) Teléfono celular											
	Dirección de correo electrónico											
Ciudad/Estado/Zona	¿Habla inglés?											
				Sí								No
Idioma que habla Idioma de correspondencia	Recibir copia de las calificaciones/correspondencia a esta dirección											

Padres/Tutores Categoría	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	Padrastro	<input type="checkbox"/>	Abuelo	<input type="checkbox"/>	Tutores	<input type="checkbox"/>	Adoptivos	<input type="checkbox"/>	Servicios Sociales
	<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	Madrastra	<input type="checkbox"/>	Abuela	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Apellido	Empleador											
	Ocupación											
Nombre	<input type="checkbox"/>	¿Vive con el estudiante?	<input type="checkbox"/>	¿Contactar en emergencia ?	Teléfono del Trabajo							
	<input type="checkbox"/>	¿El mismo domicilio del estudiante?			Teléfono de la casa							
Calle y número	(Si no-La misma dirección del estudiante) Teléfono celular											
	Dirección de correo electrónico											
Ciudad/Estado/Zona	¿Habla inglés?											
				Sí								No
Idioma que habla Idioma de correspondencia	Recibir copia de las calificaciones/correspondencia a esta dirección											

Padres/Tutores Categoría	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	Padrastro	<input type="checkbox"/>	Abuelo	<input type="checkbox"/>	Tutores	<input type="checkbox"/>	Adoptivos	<input type="checkbox"/>	Servicios Sociales
	<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	Madrastra	<input type="checkbox"/>	Abuela	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Apellido	Empleador											
	Ocupación											
Nombre	<input type="checkbox"/>	¿Vive con el estudiante?	<input type="checkbox"/>	¿Contactar en emergencia?	Teléfono del Trabajo							
	<input type="checkbox"/>	¿El mismo domicilio del estudiante?			Teléfono de la casa							
Calle y número	(Si no-La misma dirección del estudiante) Teléfono celular											
	Dirección de correo electrónico											
Ciudad/Estado/Zona	¿Habla inglés?											
				Sí								No
Idioma que habla Idioma de correspondencia	Recibir copia de las calificaciones/correspondencia a esta dirección											

Información de los Padres/Tutores/Guardianes
Nombre de estudiante:

Padres/Tutores Categoría	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	Padrastró	<input type="checkbox"/>	Abuelo	<input type="checkbox"/>	Tutores	<input type="checkbox"/>	Adoptivos	<input type="checkbox"/>	Servicios Sociales	
	<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	Madrastra	<input type="checkbox"/>	Abuela	<input type="checkbox"/>	Otras					
Apellido Nombre								Empleador					
								Ocupación					
Calle y número Ciudad/Estado/Zona Idioma que habla Idioma de correspondencia	<input type="checkbox"/>	¿Vive con el estudiante?		<input type="checkbox"/>	¿Contactar en emergencia?		Teléfono del Trabajo						
	<input type="checkbox"/>	¿El mismo domicilio del estudiante?						Teléfono de la casa					
	(Si no-La misma dirección del estudiante)							Teléfono celular					
								Dirección de correo electrónico					
							¿Habla inglés?		<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	
							Mande copias de las calificaciones/correspondencia a esta dirección						

Contactos de Emergencia Adicionales

En caso de emergencia, los padres/tutores anteriormente escritos serán contactados en orden - 1° Y 2°, a menos de que usted decida que el contacto sea en otro orden. Marque a continuación el orden que usted desea.

Apellido	Nombre										
	Idioma que habla		Relación al estudiante								
Teléfono de casa	Teléfono del Trabajo				Teléfono celular						
Apellido	Nombre										
	Idioma que habla		Relación al estudiante								
Teléfono de casa	Teléfono del Trabajo				Teléfono celular						
Apellido	Nombre										
	Idioma que habla		Relación al estudiante								
Teléfono de casa	Teléfono del Trabajo				Teléfono celular						
Apellido	Nombre										
	Idioma que habla		Relación al estudiante								
Teléfono de casa	Teléfono del Trabajo				Teléfono celular						

Hermanos/Hermanas:

Por favor escriba la información de todos los hermanos, hermanas, medio hermanos/as e hijastros/as ACTUALMENTE registrados en el Distrito Escolar 4J.

Nombre Edad			Relación a estudiante		<input type="checkbox"/>	Hermano	<input type="checkbox"/>	Hermana	<input type="checkbox"/>	Medios	<input type="checkbox"/>	Hijastros
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M	Escuela actual de 4J						
Nombre Edad			Relación a estudiante		<input type="checkbox"/>	Hermano	<input type="checkbox"/>	Hermana	<input type="checkbox"/>	Medios	<input type="checkbox"/>	Hijastros
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M	Escuela actual de 4J						
Nombre Edad			Relación a estudiante		<input type="checkbox"/>	Hermano	<input type="checkbox"/>	Hermana	<input type="checkbox"/>	Medios	<input type="checkbox"/>	Hijastros
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M	Escuela actual de 4J						
Nombre Edad			Relación a estudiante		<input type="checkbox"/>	Hermano	<input type="checkbox"/>	Hermana	<input type="checkbox"/>	Medios	<input type="checkbox"/>	Hijastros
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M	Escuela actual de 4J						

Permisos/Autorizaciones

¿Permiso para utilizar el Internet?	<input type="checkbox"/>	Sí	<i>El uso del Internet de parte del estudiante está sujeto a la Normas de Uso Aceptable del distrito, la cual está disponible en su escuela.</i>			
	<input type="checkbox"/>	No				
	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>	E-mail	<input type="checkbox"/>	Ambos

<input type="checkbox"/>	Permiso para Excursiones Escolares: Mi hijo/a tiene permiso de tomar parte en visitas o paseos organizados por la escuela.
<input type="checkbox"/>	Mi hijo/a tiene permiso de irse caminando a la casa.
<input type="checkbox"/>	Mi hijo/a tiene permiso de irse a la casa en bicicleta.
<input type="checkbox"/>	Mi hijo/a tiene permiso de utilizar transporte.

Restricciones

<input type="checkbox"/>	Instrucción sobre SIDA/VIH: No deseo que mi estudiante este presente durante las horas de instrucción cuando se este discutiendo temas de SIDA/VIH
<input type="checkbox"/>	Medios de Comunicación: No deseo que mi estudiante tenga ningún contacto con los medios de comunicación televisados, o escritos. Radio, Television o Periódico
<input type="checkbox"/>	Películas PG: No deseo que mi estudiante se expuesto a películas con designación PG.
<input type="checkbox"/>	Películas PG13: No deseo que mi estudiante sea expuesto a películas con designación PG 13.
<input type="checkbox"/>	Fotos: No deseo que le tomen fotos a mi estudiante durante horas de clases u otras actividades escolares.
<input type="checkbox"/>	Video: No deseo que le tomen video a mi estudiante durante horas de clases o durante tareas escolares.
<input type="checkbox"/>	Guía Telefónica: No quiero que la información de mi estudiante sea utilizada en la guía telefónica de la escuela.
<input type="checkbox"/>	Internet Escolar: No quiero que la información sea utilizada en la Página de Internet Escolar.
<input type="checkbox"/>	Fotos: No quiero que la información sea utilizada en: Libro del Año Escolar.

Lenguaje/Idioma		Primer Idioma	
País en que nació	Idioma que se hable en casa		
Ciudad en que nació	Idioma que mas se usa en su hogar		
Estado en que nació	Ha completado la Encuesta de Idioma que se usa en la casa	<input type="checkbox"/>	Sí
Ciudadano/a de	Fecha en que completo la Encuesta de Idioma	<input type="checkbox"/>	No

Médica *(Hay una forma medica para vacunas e historia medica que se entregara al "Secretario de Salud". Por favor llene todas estas formas.)*

Nombre del Medico	Teléfono	
Nombre del Dentista	Teléfono	
Alergia y Condición Médica	Marque-Si la condición medica es de vida o muerte	
Otra		

Al firmar abajo, yo verifico que toda la información proveída es verdadera y completa. Yo entiendo que es ilegal proveer juramentos falsos a una entidad pública. (ORS 162.075)

Fecha:	Firma del Padre/Adulto Responsable:
---------------	--