

# Formulario de Inscripción del Alumno

## Para la Escuela Secundaria

Eugene, Oregon

Teléfono: (541) 790-7775



Área oscura es para uso de la oficina Received by: \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4J Pupil Number: \_\_\_\_\_  
 In School Boundary  In District Transfer verified  Out of District Exchange verified

Información del Estudiante					Información del Domicilio			
Grado		Género/Sexo	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	Número			
Apellido					Calle			
Primer Nombre					Apartamento #			
Apellido que Prefiere					Ciudad			
Nombre que Prefiere					Zona Postal			
Segundo Nombre					Tipo De Vivienda	<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/>	Motel/Hotel
Fecha de Nacimiento						<input type="checkbox"/> Hogar Supervisado	<input type="checkbox"/>	Hogar Compartido con otras personas
Verificación de Edad	<input type="checkbox"/>	Partida de Nacimiento	<input type="checkbox"/>	Tarjeta Medica		<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/>	Albergue
	<input type="checkbox"/>	Orden de la Corte	<input type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/> Casa Móvil	<input type="checkbox"/>	Sin Hogar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verificación del Hospital	<input type="checkbox"/>		Prueba de Vivienda	<input type="checkbox"/> Arrendamiento	<input type="checkbox"/>	Impuesto de propiedad
Teléfono	( )					<input type="checkbox"/> Hipoteca	<input type="checkbox"/>	Factura de Gastos de Servicios (Ejemplo: Electricidad, Cable, Gas)
Antecedentes Étnicos  <input type="checkbox"/> ¿Multi-racial?	(Seleccione una de las categorías para reportes federales y estatales. La información identificada no será proporcionada a individuos fuera del distrito sin consentimiento de los padres. De acuerdo a los requisitos de reportes federales, si se deja esta sección en blanco, su designación federal será reportada como raza Blanca. Responder a esta parte es <u>opcional</u> .)				Domicilio de Correo	<input type="checkbox"/>	El mismo que el de su casa?	
					Calle y Numero			
					Ciudad/Zona Postal			
					Ultima escuela			
					Dirección			
Estatus del Estudiante	Marque los programas/plan que aplican a su estudiante				Ciudad/Estado			
	<input type="checkbox"/>	ELL	<input type="checkbox"/>	IEP	<input type="checkbox"/>	504	Zona Postal	
	<input type="checkbox"/>	Educación Especial	<input type="checkbox"/>	Habla	<input type="checkbox"/>	TAG	Teléfono #	
					¿Tiene este estudiante necesidades especiales?			
					<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí
Si el estudiante esta actualmento expulsado/suspendido, el PadreTutor necesitara reunirse con el principal para determinanar si la inscripción es posible en ese momento.								
¿Esta el estudiante actualmente suspendido?				<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí de qué Escuela:	
¿Esta el estudiante actualmente expulsado?				<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí de qué Escuela:	
¿El nombre del oficial de probación?								

# Información de los Padres/Tutores

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

Marque "C" & "L" <b>C</b> = Custodia <b>L</b> = 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				

<b>Apellido</b> <b>Nombre</b>	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				
	<i>(Si no-La misma dirección del estudiante)</i>						Teléfono celular					
	Dirección de correo electrónico											
							¿Habla inglés?		<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
							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				

<b>Apellido</b> <b>Nombre</b>	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				
	<i>(Si no-La misma dirección del estudiante)</i>						Teléfono celular					
	Dirección de correo electrónico											
							¿Habla inglés?		<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
							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				

<b>Apellido</b> <b>Nombre</b>	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				
	<i>(Si no-La misma dirección del estudiante)</i>						Teléfono celular					
	Dirección de correo electrónico											
							¿Habla inglés?		<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
							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"/> 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		
<b>Apellido</b> Nombre	<input type="checkbox"/> Empleador			<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Ocupación			<input type="checkbox"/>		
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"/>	
	<input type="checkbox"/> ¿El mismo domicilio del estudiante?			Teléfono de la casa		<input type="checkbox"/>
	<i>(Si no-La misma dirección del estudiante)</i>			Teléfono celular		<input type="checkbox"/>
	Dirección de correo electrónico			<input type="checkbox"/>		
Idioma de correspondencia				¿Habla inglés?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> 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 - 1º Y 2º, a menos de que usted decida que el contacto sea en otro orden. Marque a continuación el orden que usted desea.*

<b>Apellido</b>	Nombre		<input type="checkbox"/>			
	Idioma que habla	Relación al estudiante		<input type="checkbox"/>		
Teléfono de casa	Teléfono del Trabajo		Teléfono celular			
<b>Apellido</b>	Nombre		<input type="checkbox"/>			
	Idioma que habla	Relación al estudiante		<input type="checkbox"/>		
Teléfono de casa	Teléfono del Trabajo		Teléfono celular			
<b>Apellido</b>	Nombre		<input type="checkbox"/>			
	Idioma que habla	Relación al estudiante		<input type="checkbox"/>		
Teléfono de casa	Teléfono del Trabajo		Teléfono celular			
<b>Apellido</b>	Nombre		<input type="checkbox"/>			
	Idioma que habla	Relación al estudiante		<input type="checkbox"/>		
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.*

<b>Nombre</b> Edad	Relación a estudiante		<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Medios	<input type="checkbox"/> Hijastros
	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	Escuela actual de 4J			
<b>Nombre</b> Edad	Relación a estudiante		<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Medios	<input type="checkbox"/> Hijastros
	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	Escuela actual de 4J			
<b>Nombre</b> Edad	Relación a estudiante		<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Medios	<input type="checkbox"/> Hijastros
	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	Escuela actual de 4J			
<b>Nombre</b> Edad	Relación a estudiante		<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Medios	<input type="checkbox"/> Hijastros
	<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"/>	<b>Permiso para Excursiones Escolares:</b> 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 <input type="checkbox"/> No
Ciudadano/a de	Fecha en que completo la Encuesta de Idioma		

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

<b>Nombre del Medico</b>	<b>Teléfono</b>	
<b>Nombre del Dentista</b>	<b>Teléfono</b>	
Alergia y Condición Médica	<input type="checkbox"/> 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)*

<b>Fecha:</b>	<b>Firma del Padre/Adulto Responsable:</b>
---------------	--