

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SANTA CLARA
FORMULARIO DE MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE**

PermlD _____ Grade _____

I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre Legal: Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo _____
Nombre (si es diferente al de arriba) Apellido _____ Primer Nombre _____ Celular (_____) _____ - _____
 Femenino Masculino Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Origen étnico. ¿Cuál es el origen étnico de este estudiante? (Marque uno)

- Hispano o Latino Ni Hispano, ni Latino
(Personas de cultura u origen Cubano, Mexicano, Puerto Riqueño, Sur o Centro Americano o Español, independientemente de la raza.)

Raza. ¿Cuál es la raza del estudiante? (Puede marcar hasta 5 categorías raciales si es que aplica)

La parte anterior de la pregunta es acerca del origen étnico, no de la raza. Independientemente de lo que haya seleccionado arriba, por favor conteste la siguiente pregunta marcando uno o más espacios para indicar la que usted considere es la raza del estudiante.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena o Nativo de Alaska (100) <i>(Personas con orígenes en los pueblos originarios de Norte, Centro o Sur América)</i> | <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) | <input type="checkbox"/> Otro Asiático (299) | <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (399) |
| <input type="checkbox"/> Chino (201) | <input type="checkbox"/> Indostano (205) | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301) | <input type="checkbox"/> Filipino (400) |
| <input type="checkbox"/> Japonés (202) | <input type="checkbox"/> Laosiano (206) | <input type="checkbox"/> Nativo de Guam (302) | <input type="checkbox"/> Afro- Americano (600) |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203) | <input type="checkbox"/> Camboyano (207) | <input type="checkbox"/> Samoano (303) | <input type="checkbox"/> Blanco (700) <i>(Personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, África del Norte o del Medio Oriente)</i> |
| | <input type="checkbox"/> Miao (208) | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304) | |

Domicilio

Dirección _____ Apto/Espacio _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
 No. de teléfono principal (_____) _____ - _____

El estudiante vive con (marque todos los que apliquen)

- Madre Padre Padrastros
 Tutor Legal Otro _____

Dirección de correo (si es diferente a la de arriba)

Dirección _____ PO Box _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Tipo de vivienda (mandato federal)

- Vivienda unifamiliar (casa, condominio, casa móvil, etc.) (200)
 Albergue/Programa de vivienda temporal (100) Motel/Hotel (110)
 Familia adoptiva/Parentesco (210) Vivienda compartida (120)
 Indigente (carro/camping) (130) Otro _____

II. INFORMACIÓN DE PADRES DE FAMILIA / TUTOR LEGAL

Nombre: Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo _____
 Idioma que habla _____
 Teléfono del trabajo (_____) _____ - _____
 Teléfono celular (_____) _____ - _____
 Otro _____ (_____) _____ - _____
 Correo electrónico _____ @ _____

Relación con el estudiante

- Madre Madrastra Tutor Legal
 Padre Padrastro Otro _____

Nivel educativo de padres (indique el nivel completado más alto)

- No se graduó de la preparatoria (1) Graduado universitario (4)
 GED (1) Título de Posgrado (5)
 Graduado de la preparatoria (2) Rehusó decirlo (6)
 Algunos estudios universitarios (3)

Estado Civil

Servicio Militar

- Casado/a Soltero/a Servicio activo N/A
 Divorciado/a Viudo/a Guardia Nacional

Nombre: Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo _____
 Idioma que habla _____
 Teléfono del trabajo (_____) _____ - _____
 Teléfono celular (_____) _____ - _____
 Otro _____ (_____) _____ - _____
 Correo electrónico _____ @ _____

Relación con el estudiante

- Madre Madrastra Tutor Legal
 Padre Padrastro Otro _____

Nivel educativo de padres (indique el nivel completado más alto)

- No se graduó de la preparatoria (1) Graduado universitario (4)
 GED (1) Título de Posgrado (5)
 Graduado de la preparatoria (2) Rehusó decirlo (6)
 Algunos estudios universitarios (3)

Estado Civil

Servicio Militar

- Casado/a Soltero/a Servicio activo N/A
 Divorciado/a Viudo/a Guardia Nacional

Por favor complete la información al reverso de este formulario

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SANTA CLARA
FORMULARIO DE MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE**

(Student Name) Last _____	First _____	PermID _____	Grade _____
----------------------------------	--------------------	---------------------	--------------------

III. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE

Idiomas

- 1) ¿Qué idioma aprendió su hijo/a cuando comenzó a hablar? _____ ELEF
- 2) ¿Qué idioma habla su hijo/a más frecuentemente en el hogar? _____ ELEF
- 3) ¿En qué idioma habla usted (padres/tutor legal) más frecuentemente cuando le habla a su hijo/a? _____ ELEF
- 4) ¿Qué idioma hablan más los adultos en el hogar? (padres, tutores legales, abuelos u otros adultos) _____

Escuelas previas / Historial de matrícula escolar

Última escuela a la que asistió _____	Fecha de entrada a la escuela en California ____ / ____ / ____
Dirección de la escuela _____	Distrito Escolar _____
Teléfono (____) ____-____ Fax (____) ____-____	Ciudad _____ Estado _____
	Fecha que salió de la escuela previa ____ / ____ / ____

- ¿Este estudiante ha asistido anteriormente a alguna escuela del Distrito Escolar Unificado de Santa Clara/SCUSD?
- No Sí (¿Sí?) Escuela _____ Fecha que salió del SCUSD ____ / ____ / ____
- ¿El estudiante ha sido expulsado/a alguna vez de la escuela? Sí No
- ¿El estudiante ha reprobado algún grado? Sí No ¿Qué grado? _____

Programas Especiales

Por favor marque si el estudiante ha recibido algún servicio especial o participado en cualquiera de los siguientes programas.

- | | | | | |
|--|---|---|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ELL/Programa Bilingüe | <input type="checkbox"/> Talentosos y Dotados | <input type="checkbox"/> Educación Migrante | <input type="checkbox"/> IEP | <input type="checkbox"/> Especialista de Recursos |
| <input type="checkbox"/> Clase de Día Especial | <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje | <input type="checkbox"/> Título I | <input type="checkbox"/> 504 | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Otros miembros de la familia

Nombres de otros niños de la familia	Fecha de nacimiento	Relación con el estudiante
_____	____ / ____ / ____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____

Padre de familia sin custodia o con custodia compartida

Nombre: Apellido _____	Primer Nombre _____	Segundo _____
Idioma que habla _____	Correo electrónico _____ @ _____	
Tel. del trabajo (____) ____-____	Dirección _____	
Teléfono celular (____) ____-____	Ciudad _____	Estado ____ Zona postal _____
Otro (____) ____-____		

Relación con el estudiante

Estado Civil

- | | | | | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Tutor legal | <input type="checkbox"/> Casado/a | <input type="checkbox"/> Soltero/a | <input type="checkbox"/> Divorciado/a | <input type="checkbox"/> Viudo/a |
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | |

He revisado las dos páginas de este documento y para mi mejor conocimiento, la información que contiene es verdadera y completa. El abajo firmante declara bajo pena de perjurio que es padre de familia o tutor legal del estudiante arriba mencionado.

Firma del padre de familia/tutor legal _____ Fecha ____ / ____ / ____

Solamente para uso de la escuela

School _____	Date ____ / ____ / ____	PermID _____	Family # _____	Blank <input type="checkbox"/> ET <input type="checkbox"/> RC
<input type="checkbox"/> Open Enrollment	Home School # _____	Teacher _____	Room _____	Counselor _____
<input type="checkbox"/> In District Transfer	Home School # _____	Records Requested ____ / ____ / ____	Date Entered ____ / ____ / ____	
<input type="checkbox"/> Overload	Home School # _____	<input type="checkbox"/> Birth Certificate	<input type="checkbox"/> Hospital Certificate	<input type="checkbox"/> Baptismal <input type="checkbox"/> Passport
<input type="checkbox"/> Out of District Transfer	District # _____	<input type="checkbox"/> Local Registrar/County Recorder Statement <input type="checkbox"/> Affidavit		
		<input type="checkbox"/> Address Verification	By (initial) _____	Date ____ / ____ / ____