

PermID _____ 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) Rehuso decirlo (6)
 Algunos estudios universitarios (3)

Estado Civil

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

Servicio Militar

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) Rehuso decirlo (6)
 Algunos estudios universitarios (3)

Estado Civil

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

Servicio Militar

Por favor complete la información al reverso de este formulario

(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 ____ / ____ / ____