



CABRILLO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE MATRICULACIÓN – AÑO ESCOLAR 2020-21

1 INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido(s) Nombre Segundo Nombre Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, País) Género Masculino Femenino Grado Solicitado

¿Ha asistido a escuelas en CA? Sí No Si contestó sí, anote la última fecha ¿Ha asistido a escuelas de CUSD? Sí No Última escuela a la que asistió y lugar

Fecha en que ingresó a escuelas de EU ¿Tiene el estudiante una acción disciplinaria pendiente o una orden de expulsión? Sí No Si su respuesta es sí, fecha(s) de la expulsión

2 INFORMACIÓN DEL PREESCOLAR (Para TK y K)

¿Asistió su hijo al preescolar? Sí No Seleccione el preescolar

CCP Preschool Jardín de Niños

Coastside Child Development Center Los Listos Preschool

Cottage By the Sea Los Niños Nursery School

Head Start (HMB) Picasso Preschool

Head Start (Moonridge) Seaside Kids

Holy Family Otro:

Horas por semana # de meses que asistió

3 IDENTIFICACIÓN RACIAL/ETNICIDAD

ETNICIDAD ¿Es el estudiante hispano o latino? Sí No

RAZA Por favor marque una o más de las siguientes opciones.

Africano Americano o Negro Coreano Asiático Guam Islas Pacíficas

Indio Americano/Nativo de Alaska Lao Asiático Islas Pacíficas Nativo de Hawái

Camboyano Asiático Vietnamita Asiático Samoano Islas Pacíficas

Chino Asiático Filipino Tahitiano Islas Pacíficas

Hindú Asiático Asiático (otro) Blanco

Japonés Asiático Islas Pacíficas (otro)

4 INFORMACIÓN DEL HOGAR Y FAMILIA (UN HOGAR SIGNIFICA QUE LOS MIEMBROS DE UNA FAMILIA VIVEN EN EL MISMO DOMICILIO)

Si el estudiante vive **SOLAMENTE EN UN HOGAR**, complete HOGAR 1. Si el estudiante vive en un **SEGUNDO** hogar al mismo tiempo, complete ambos HOGARES.

HOGAR 1 ¿Vive el estudiante en este hogar? Sí No

Domicilio Ciudad Código Postal

Dirección para Correspondencia (si es diferente al domicilio) Ciudad Código Postal

*Apellido del Padre/Tutor Nombre Parentesco con el estudiante

Contacto Principal Cel. (Preferido) Casa # Contacto Alternativo Cel. Casa Email

Empleador # Teléfono de Trabajo # Ext

*Apellido del Padre/Tutor Nombre Parentesco con el estudiante

Contacto Cel. (Preferido) Casa # Contacto Alternativo Cel. Casa Email

Empleador # Teléfono de Trabajo # Ext

Si un estudiante no debe ser entregado a un padre inmediato, la escuela debe contar con los documentos legales pertinentes.

HOGAR 2 ¿Vive el estudiante en este hogar? Sí No

Domicilio Ciudad Código Postal

Dirección para Correspondencia (si es diferente al domicilio) Ciudad Código Postal

*Apellido del Padre/Tutor Nombre Parentesco con el estudiante

Contacto Principal Cel. (Preferido) Casa # Contacto Alternativo Cel. Casa Email

Empleador # Teléfono de Trabajo # Ext

*Apellido del Padre/Tutor Nombre Parentesco con el estudiante

Contacto Cel. (Preferido) Casa # Contacto Alternativo Cel. Casa Email

Empleador # Teléfono de Trabajo # Ext

NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS PADRES Marque el recuadro apropiado para ambos padres.

Padre/Tutor 1 No graduado de preparatoria Graduado de preparatoria Algo de Universidad Graduado de Universidad Posgraduado
 Padre/Tutor 2 No graduado de preparatoria Graduado de preparatoria Algo de Universidad Graduado de Universidad Posgraduado

HERMANOS

Nombres(s)	Fecha de Nacimiento	Escuela	Vive con el estudiante	Hogar
	M M D D A A A A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	M M D D A A A A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	M M D D A A A A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

5 INFORMACIÓN DEL IDIOMA El *Código de Educación de California* contiene requisitos legales que guían a las escuelas a evaluar el nivel de competencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta ayudarán a determinar si la competencia en inglés del estudiante debe ser evaluada. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio proporcionado. Si se realiza un error al completar esta encuesta del idioma, Ud. puede solicitar corrección antes de que la competencia de su hijo sea evaluada. **POR FAVOR, RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS.**

- ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____
- ¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia? _____
- ¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo? _____
- ¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)? _____

Por favor, indique el idioma en que prefiere que el distrito corresponda con usted Inglés Español
 Por favor, indique si necesita interpretación en conferencias de maestros, juntas, etc. Sí No

6 PROGRAMAS ESPECIAL De los siguientes programas MARQUE qué programas recibió su hijo el año escolar anterior:

- IEP Actual (Por favor envíe copia al Distrito) Discapacidad Visual Discapacidad de Oído Educación Migrante
 Recursos Especialistas Habla/Lenguaje Título I NO APLICA
 Clases Especiales Transportación Educación Especial Educación Bilingüe

7 CONTACTOS DE EMERGENCIA SI LOS PADRES NO PUEDEN SER CONTACTADOS EN CASO DE EMERGENCIA, LOS CONTACTOS LOCALES SON:

*1 Apellido	Nombre	# Contacto <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Casa	# Contacto Alternativo <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Casa
*2 Apellido	Nombre	# Contacto <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Casa	# Contacto Alternativo <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Casa

CONTACTOS ADICIONALES AUTORIZADOS PARA RECOGER A SU HIJO:

Las personas mencionadas al pie tienen autorización del abajo firmante para retirar al estudiante de la escuela en caso de que el padre o tutor legar no estén disponibles.

*1 Apellido	Nombre	# Contacto <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Casa	# Contacto Alternativo <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Casa
*2 Apellido	Nombre	# Contacto <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Casa	# Contacto Alternativo <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Casa

8 INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Doctor _____ Número de Teléfono _____

¿Tiene su hijo alguna condición médica de la cual la escuela deba estar enterada? (Alergias, asma, diabetes, etc.) Sí No (Si su respuesta es sí, por favor especifique)

¿Toma su hijo algún medicamento? Sí No (Nota: Ningún medicamento puede ser administrado por la escuela a excepción de aquéllos con los que se cuenta con permiso escrito y receta médica.)

Si es absolutamente necesario por las autoridades de la escuela y después de haber intentado razonablemente contactar al padre de familia o adulto designado y haber fracasado, su hijo será llevado en ambulancia al hospital más cercano y los gastos en que se incurran serán a cuenta del padre de familia.

9 INFORMACIÓN SOBRE EL PERMISO GENERAL

Los estudiantes son frecuentemente fotografiados y entrevistados cuando participan en actividades escolares. Estas fotografías o comentarios quizás aparezcan en publicaciones como el periódico local así como en otros medios. Además los estudiantes pueden ser grabados cuando participan en actividades escolares. Ocasionalmente estos videos pueden ser distribuidos de alguna manera al público en general, así como mostrarlos en la televisión por cable.

- Si usted **NO** desea que su hijo sea fotografiado o grabado, o mencionado en alguna publicación, por favor notifíquelo a la oficina de la escuela.
 Si usted **NO** desea que el nombre de su hijo, dirección, correo electrónico o teléfono sean incluidos en el directorio escolar o de clase por favor notifíquelo a la oficina de la escuela.
 Si usted **NO** desea que su hijo reciba exámenes de la vista, oído, dentales o de escoliosis, por favor notifíquelo a la oficina de la escuela.
 Si usted **NO** desea que su hijo vaya a alguna excursión a pie durante el año escolar, por favor notifíquelo en la oficina de la escuela.

Nombre del Padre/Tutor

Firma del Padre/Tutor

Fecha

EXCLUSIVO PARA USO DE LA OFICINA

Submitted at	Taken by	Date	Entered by	Date