

Community Charter School Ballico-Cressey
FormaNueva Inscripción(1-8)
(Para ser completado por el padre o tutor)

Office Use Only:
Student I.D. No. _____
SSID No. _____

Fecha de inicio prevista en el escolar distrito Ballico-Cressey: _____

Grado
Masculino <input type="checkbox"/>
Femenino <input type="checkbox"/>

nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(de certificado de nacimiento) Apellido Nombre Segundo Nombre Mes/día/Año

de la madre / tutor Nombre	Apellido	(_____) Teléfono Hogar/ Celular	(_____) Teléfono del trabajo
de la madre / tutor Nombre	Apellidos	(_____) Teléfono Hogar/ Celular	(_____) Teléfono del trabajo

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

dirección de residencia(si es diferente) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

ESCUELA ANTERIOR: _____ Último día de Asistencia: _____
 Nombre de la Escuela Ciudad / Estado Teléfono no.

Lugar de nacimiento: _____ Si no nació en los EE.UU., en qué mes / año entró a su hijo de EE.UU.? ____ / ____
 Estado / País Mes / Año

qué mes y año se inscribe por primera vez a su hijo en un Estados Unidos. ¿colegio? ____ / ____ En una de escuela California? ____ / ____
 Mes / Año Mes / Año

Etnicidad: Marca la etnia con la que el estudiante se identifique mejor: Por favor marque uno:

Hispano / Latino (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura española o origen, sin importar la raza)

NO - Hispano o Latino

¿QUÉ eS IA RAZA DE SU NIÑO (por favor marque hasta cinco categorías raciales) la parte superior de la pregunta es sobre etnicidad, no raza. No importa lo que haya seleccionado arriba, por favor responder a la siguiente marcando una o más casillas para indicar lo que usted considera que es su raza.

<input type="checkbox"/> indio o de Alaska nativos americanos (100) (Persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Norte y Sur América (incluyendo América central)	<input type="checkbox"/> Coreano (203) <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) <input type="checkbox"/> Asiático indio (205) <input type="checkbox"/> Laos (206) <input type="checkbox"/> Camboya (207) <input type="checkbox"/> Hmong (208) <input type="checkbox"/> Otro Asiático 299)	<input type="checkbox"/> de Hawai (301) <input type="checkbox"/> Guam (302) <input type="checkbox"/> Samoa (303) <input type="checkbox"/> Tahití (304) <input type="checkbox"/> otras islas del Pacífico (399)	<input type="checkbox"/> afroamericano o Negro (600) <input type="checkbox"/> Negro (700) (las personas que descienden de de los pueblos originarios de Norte de África o el Medio
<input type="checkbox"/> chino (201) <input type="checkbox"/> japonés (202)			

(ENCUESTA DE IDIOMA INICIO)

¿Qué idioma su hijo / hija a aprender cuando / ella comenzó a hablar? _____

¿Qué idioma habla su hijo / hija más frecuentemente en casa? _____

¿Qué idioma se utiliza con mayor frecuencia cuando habla con su hijo/hija? _____

Nombre del idioma hablan con más frecuencia los adultos en el hogar: _____

EDUCACIÓN DE LOS PADRES NIVEL: Marque la respuesta que describe el más alto nivel de educación del padre / tutor (s):

<input type="checkbox"/> No se graduó de la escuela	<input type="checkbox"/> Un poco de universidad	<input type="checkbox"/> La escuela de posgrado /de posgrado la formación
<input type="checkbox"/> graduado de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> graduado de la universidad	

¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo? *(Por favor marque todas las casillas que correspondan)*

Educación especial: Recursos (RSP) Día Especial de Clase (SDC) lenguaje Plan de Adaptación 504

Otros: Dotados (GATE) Remedial para matemáticas Remedial para Lectura Consejería

Médico de Salud Desarrollo del Idioma Inglés

El estudiante ha sido expulsado o es estudiante en el proceso de ser expulsado de cualquier escuela? Sí No

En caso afirmativo: Nombre del centro: _____ Localización: _____ Fecha: _____

Residencia - ¿Dónde está su hijo / familia actualmente? (Mandato federal por NCLB: Por favor marque la casilla apropiada)

- En una residencia permanente con la familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil) En un motel / hotel
 Se duplicó-up (vivienda compartir con otras familias / individuos debido a económica dificultad, pérdida, o por otras razones) Sin albergue (coche / camping)
 Other _____
 En una asilados o de transición del programa de vivienda

OTRAS niñosen la familia:

Primer y Apellido	Relación	vive en el Hogar	Escuela	Grado (Si se graduó, no se aplica)
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____

OTROS ADULTOS EN EL HOGAR:

Nombre	Relación	Nombre	Relación
---------------	-----------------	---------------	-----------------

ALERGIAS (Marque todo lo que corresponda) Ninguno :

Animales Drogas Lista artículo específico (s) estudiante es alérgica a:

Insectos Alimentos
picaduras de abeja c Plantas c describir la reacción alérgica y / o tratamiento:

Otro Explai n:

medicación actual No Sí EpiPen Si se necesita medicamento en la escuela un formulario de consentimiento medicamento debe ser recogido de la oficina y completó. Por favor lista siguiente:

Nombre del Medicamento (s)	Dosis	Tiempo/Tomado	Propósito
-----------------------------------	--------------	----------------------	------------------

MEDIOS DE PERMISO

Yo / Nosotros autorizo a mi / nuestro estudiante para ser observado, entrevistado, fotografiado y / o filmado cuando un representante de la medios de comunicación han sido permitida por el director o designado para estar en el plantel. Sí No

EMERGENCIA MÉDICA AUTORIZACIÓN

soy / somos el padre / tutor del estudiante mencionado anteriormente. En caso soy / somos incapaces de ser alcanzado durante una emergencia, yo / nosotros autorizo a un representante de la escuela, de conformidad con lo dispuesto en la Sección del Código de la Familia 6910, para actuar como cualquier agente de dar su consentimiento a la entrega de todos y cada uno médico, dental, hospital o centro quirúrgico para el estudiante arriba mencionado.

Yo / Nosotros hemos revisado este documento de dos páginas y a lo mejor de mi / nuestro conocimiento, la información contenida en este documento es verdadera y completa. El abajo firmante declara bajo pena de perjurio, que son los padres o tutores legales del estudiante arriba mencionado y conceden las autorizaciones anteriores.

Fecha: _____ Firma del padre / tutor: _____