



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE NUEVO ALUMNO

NO ESCRIBA EN EL ÁREA SOMBRADA – PARA USO DE LAS OFICINAS EXCLUSIVAMENTE					
SCHOOL ENTRY DATE	STUDENT SCHOOL NUMBER	STUDENT DISTRICT NUMBER	HEALTH ALERT	FTE	TEACHER

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Apellido legal		Primer nombre legal		Segundo nombre legal	Alias:
F. NACIMIENTO (mes/día/año)	SEXO (M/F)	LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad Estado País			NIVEL ESCOLAR
Nº DE SEGURO SOCIAL DEL ESTUDIANTE	CÓDIGO ÉTNICO (Marque uno) <input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro, no de origen hispano <input type="checkbox"/> Blanco, no de origen hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/>		PRIMER IDIOMA QUE SE HABLE EN EL HOGAR <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		SEGUNDO IDIOMA QUE HABLE _____

HOGAR PRIMARIO (padre/tutor con quien vive el alumno) <i>Apellido Primer nombre</i>		ALUMNO VIVE CON <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Sólo el padre <input type="checkbox"/> Sólo la madre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padre/madrastra <input type="checkbox"/> Madre/padrastro <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Otro		HOGAR PRIMARIO Primer Nº telefónico del hogar (incluya el código de área)		Segundo Nº telefónico (incluya el código de área) Trabajo	
CÓNYUGE (padre/tutor con quien vive el alumno) <i>Apellido Primer nombre</i>						Tercer Nº telefónico (incluya el código de área) Celular	
						TELÉFONO Nº 2 (CÓNYUGE) Trabajo	
						TELÉFONO Nº 3 (CÓNYUGE) Celular	
DIRECCIÓN DE RESIDENTE		<i>Calle</i>		<i>Apto. Nº</i>		<i>Ciudad Estado Cód. postal</i>	
DIRECCIÓN POSTAL (Si es diferente de la anterior)		<i>Calle</i>		<i>Apto. Nº Casilla de correo</i>		<i>Ciudad Estado Cód. postal</i>	

HOGAR SECUNDARIO (padre que no tiene la custodia o que no vive con el alumno) <i>Apellido Primer nombre</i>		RELACIÓN <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Sólo el padre <input type="checkbox"/> Sólo la madre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padre/madrastra <input type="checkbox"/> Madre/padrastro <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Otro		HOGAR SECUNDARIO Primer Nº telefónico del hogar (incluya el código de área)		Segundo Nº telefónico (incluya el código de área) Trabajo	
CÓNYUGE (padre que no tiene la custodia o que no vive con el alumno) <i>Apellido Primer nombre</i>						Tercer Nº telefónico (incluya el código de área) Celular	
						SEGUNDO Nº TELEFÓNICO (CÓNYUGE) Trabajo	
						TERCER Nº TELEFÓNICO (CÓNYUGE) Celular	
DIRECCIÓN POSTAL DEL HOGAR SECUNDARIO (<i>Calle/ casilla de correo, ciudad, estado, cód. postal</i>)						DIRECCIONES ADICIONALES SOLICITADAS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Sí No Doy mi permiso para que el nombre y la fotografía de mi hijo sean utilizados en artículos del distrito, periódicos locales o artículos de revistas relacionados con actividades escolares.

Sí No ¿El tutor se mudó a esta área para buscar empleo en el área de agricultura, pesca o relacionada con el procesamiento de alimentos?

¿EL ALUMNO FUE SUSPENDIDO ALGUNA VEZ? Sí No Fecha: _____ Motivo/Escuela: _____

¿EXISTE UNA CUSTODIA CONJUNTA O PLAN DE PATERNIDAD VIGENTE? Sí No (Si respondió sí, debe haber una copia del plan en el archivo de la escuela para cumplirlo)

¿HAY UNA ORDEN DE RESTRICCIÓN VIGENTE? Sí No (Si respondió sí, debe haber una copia de los documentos legales en el archivo de la escuela para cumplirlos)

La orden de restricción es contra: Madre Padre Otro _____

¿SU HIJO HA CALIFICADO O HA ESTADO INSCRITO EN ALGÚN MOMENTO EN ALGÚN PLAN DE EDUCACIÓN ESPECIAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿ALGUNA VEZ DETUVIERON A SU HIJO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿EN ALGÚN MOMENTO SU HIJO CALIFICÓ O TUVO UN PLAN 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si respondió sí, en qué nivel(es) escolar(es) _____	
SU HIJO PARTICIPÓ ALGUNA VEZ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> LAP <input type="checkbox"/> Talentos excepcionales <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Otro _____			

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN: La información contenida en este formulario es cierta y precisa a la fecha. Entiendo que la falsificación de información para lograr la inscripción o la asignación pueden causar la revocación de la inscripción del alumno o la asignación a una escuela en el Distrito Escolar de Wenatchee.

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____

Información adicional de inscripción al dorso...

¿EL ALUMNO ASISTE A CUIDADOS INFANTILES? <input type="checkbox"/> Antes de la escuela <input type="checkbox"/> Después de la escuela <input type="checkbox"/> Antes y después de la escuela	PROVEEDOR DE CUIDADOS INFANTILES <i>Nombre</i> <i>Domicilio</i> <i>Nº telefónico</i>
ARREGLOS ADICIONALES PARA CUIDADOS INFANTILES (Por favor proporcione la información por escrito a la escuela)	

POR FAVOR, DETALLE OTROS HERMANOS QUE ASISTAN AL DISTRITO ESCOLAR DE WENATCHEE			
Apellido	Primer nombre	Escuela	Grado

AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA: Comprendo que en caso de accidente o enfermedad, se harán todos los esfuerzos por contactar al padre/tutor de inmediato. Si no se puede contactar al padre/tutor, autorizo a las autoridades escolares a obtener atención de emergencia para mi hijo.

Firma del padre/tutor legal _____ *Fecha* _____

En caso de lesión, enfermedad u otra situación que no sea de emergencia y que involucren a su hijo, queremos poder ponernos en contacto rápidamente con las familias u otros adultos responsables. En caso de que no podamos ponernos en contacto con un padre/tutor, por favor detalle las personas en las que usted confíe y que estén disponibles durante el día para cuidar a su hijo.

1º CONTACTO DE EMERGENCIA (sin ser padre/tutor) <i>Apellido</i> <i>Primer nombre</i>	RELACIÓN CON EL NIÑO	TELÉFONO DEL HOGAR (incluya el código de área)	Segundo N° telefónico (incluya el código de área) Trabajo Tercer N° telefónico (incluya el código de área) Celular
1ª DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DE EMERGENCIA <i>Calle</i> <i>Ciudad</i> <i>Estado</i> <i>Cód. postal</i>			
2º CONTACTO DE EMERGENCIA (sin ser padre/tutor) <i>Apellido</i> <i>Primer nombre</i>	RELACIÓN CON EL NIÑO	TELÉFONO DEL HOGAR (incluya el código de área)	Segundo N° telefónico (incluya el código de área) Trabajo Tercer N° telefónico (incluya el código de área) Celular
2ª DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DE EMERGENCIA <i>Calle</i> <i>Ciudad</i> <i>Estado</i> <i>Cód. postal</i>			

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DEL ALUMNO: En caso de que la escuela no logre ponerse en contacto con el padre/tutor, autorizo que se permita a mi hijo retirarse con la(s) personas indicada(s) más arriba.

Firma del padre/tutor legal _____ *Fecha* _____

ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ ANTES	DISTRITO ESCOLAR AL QUE ASISTIÓ ANTES	UBICACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR (ciudad y estado)
¿EL ALUMNO HA ASISTIDO AL DISTRITO ESCOLAR DE WENATCHEE ALGUNA VEZ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SI RESPONDIÓ SÍ, DETALLE A QUÉ ESCUELA		FECHA DE ASISTENCIA (mes/año)

NO ESCRIBA EN EL ÁREA SOMBRADA – PARA USO DE LAS OFICINAS EXCLUSIVAMENTE							
BUS ROUTE	DATE RECORDS REQUESTED	SHARED STUDENT	OTHER SCHOOL	IMMUN ON FILE	RES AREA	BIRTH VER	ROOM
AM PM							

El Distrito Escolar de Wenatchee cumple con todas las reglas y regulaciones federales y estatales y no discrimina basado en la raza, religión, nacionalidad, género, orientación sexual, incluso género identidad, edad o incapacidad. Esto se aplicará a todo el personal y para todos los alumnos que estén interesados en participar en programas educativos y/o actividades escolares extracurriculares. Las consultas relacionadas al cumplimiento y/o los procedimientos de reclamo deberán dirigirse a la Dra. Joan B. Wright, Funcionaria de RCW y Coordinadora de ADA. Los asuntos relacionados con la Sección 504 deberán dirigirse a la Administradora de Servicios para Alumnos y de Apoyo.