

613 W. TEAPOT DOME AVE.
PORTERVILLE, CA. 93257
PHONE: 559 784-1064
FAX: 559-784-1905



FOR OFFICE USE: FIRST DAY OF
ATTENDANCE: ___ / ___ / ___

BOARD OF TRUSTEES:
BOB NUCKOLS, CLERK
TOM CEMO, MEMBER
TIM NEWBY, MEMBER

MELANIE MATTA, SUPERINTENDENT/PRINCIPAL

FORMA DE INSCRIPCION 2022 – 2023

Para uso administrativo solamente: Maestro/a: _____ ID de Estudiante: _____

NEW ENROLLMENT DISTRICT RESIDENT INTER-DISTRICT AGREEMENT NON-RESIDENT DISTRICT EMPLOYEE

Información de Alumno:

Nombre de Alumno _____ Grado _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Domicilio Secundario _____ Ciudad _____ Código Postal _____
(Si custodia parcial existe, esta área le permite agregar la información del otro adulto)
Número de Teléfono _____ Teléfono del Trabajo _____
___ Masculino ___ Femenino ___ No Identificado Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Ciudadano: ___ SI ___ NO

Ultima Escuela de Asistencia ___ HOPE ___ OTRO _____
Ciudad _____ Estado _____

Previamente asistió a la escuela Hope, ¿regresando después de un tiempo fuera? _____

Si, fechas de inscripción: _____

CUAL ES LA ETNICIDAD DE SU NINO/A:

___ Hispano o Latino (una persona de origen cubano, mexicano, Puerto Rico, Central o Sur América, o otro origen o cultura española, independientemente de raza)
___ No hispano o Latino

CUAL ES LA RAZA DE SU NIN(O/A)

La porción de arriba es sobre etnicidad, no raza. No importa qué selección hizo arriba, por favor continúe marcando uno o dos áreas para indicar lo que usted considera la raza de su hijo/a.

___ Indio Americano o nativos de Alaska (100)	___ Laosiano (206)	___ Tahitiano (304)
___ Camboyano (207)	___ Chino (201)	___ Hmong (208)
___ Otro Islas del Pacifico (399)	___ Japonés (202)	___ Otro Asiático (299)
___ Filipino/Filipino Americano (400)	___ Coreano (203)	___ Guam (302)
___ Africano Americano o Negro (600)	___ Hawaiano (301)	___ Vietnamita (204)
___ Americano (700)	___ Samoano (303)	___ Indio Asiático (205)

Fecha en que niño/a primero asistió a la escuela en los E. U. _____

Fecha en que niño/a primero asistió a la escuela en California _____

Estudio de Lenguaje en Casa: Indicar solo un lenguaje (más frecuentemente usado) por línea:

1. Que lenguaje/dialecto usa su niño/a en casa frecuentemente en casa? _____
2. Que lenguaje/dialecto aprendió su niño/a cuando comenzó a hablar? _____
3. Que lenguaje/dialecto usa frecuentemente para hablar con su niño/a? _____
4. A su niño/a le han administrado el CELDT - California English Language Development Test? ___

EVERY CHILD, EVERY OPPORTUNITY, EVERY DAY

Residencia – donde está su niño/a familia viviendo?

- Residencia Permanente (casa, apartamento, condominio, casa móvil) Motel/Hotel (09)
- Compartido (compartiendo viviendas con otras familias/individuos debido a finanzas) (10)
- Desprotegido (carro o campamento) (11)
- Albergue o programa de viviendas transicional
- Otro (por favor especifique) _____

Información de Padres o Guardianes: Correo electrónico: _____

Padre Padrastro Otro Nombre: _____ Viviendo en Casa _____

Madre Madrastra Otro Nombre: _____ Viviendo en Casa _____

Tutor Legal Nombre: _____ Viviendo en Casa _____

(Por favor entregue una copia a la escuela de órdenes de custodia legal)

Grado más alto completado en la escuela: Marque la respuesta que describe el nivel de educación de cada padre.

Padre: Título de Graduado o más alto Graduado del Colegio Algo de colegio o título de asociados
 Graduado de Escuela Secundaria No graduado de la Escuela Secundaria

Madre: Título de Graduado o más alto Graduado del Colegio Algo de colegio o título de asociados
 Graduado de Escuela Secundaria No graduado de la Escuela Secundaria

Otros Niños en la Familia:

Nombre del niño/a	Fecha de Nacimiento	Nino o Nina	Asistiendo a Hope	Viviendo en Casa

En caso de lesión o enfermedad, por favor de contactar:

Nombre _____ Domicilio _____

Número de Teléfono _____

Doctor _____ Número de Teléfono _____

Sí, no estoy en casa y mi niño/a se enferma, por favor de contactar las siguientes personas:

Nombre: _____ Nombre: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Relación con el estudiante: _____ Relación con el estudiante: _____

Tiene su niño/a un diagnostico medico de alguna de las próximas condiciones?

- Asma Alergia a medicamentos _____ Convulsiones
- Alergias a picaduras de insectos _____ Problemas del Corazón
- Otro _____

Mi hijo/a tendrá que tomar medicamentos mientras está en la escuela? SI NO

(Si acaso es SI, una forma de medicamentos en la escuela tendrá que ser completada por el médico de su niño/a y regresarla a la escuela)

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

For office use: <input type="checkbox"/> Special Education - Informal <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504 Plan <input type="checkbox"/> Speech <input type="checkbox"/> Behavioral <input type="checkbox"/> Other _____
