

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

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 OTHER _____

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)

Camboyano (207)

Chino (201)

Tahitiano (304)

Otro Islas del Pacifico (399)

Japonés (202)

Hmong (208)

Filipino/Filipino Americano (400)

Coreano (203)

Otro Asiático (299)

Africano Americano o Negro (600)

Hawaiano (301)

Guam (302)

Americano (700)

Samoano (303)

Vietnamita (204)

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 Padrastra 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 será completada por el médico de su niño/a y regresarla a la escuela)

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

For office use: _____ Special Education - Informal _____ IEP _____ 504 Plan _____ Speech _____ Behavioral _____ Other _____
