FALL RIVER JOINT UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Inscripción inicial y formulario de Contacto de Emergencia 20____ - 20____

Por favor marque la escuela de inscribir:

☐ Burney Elementary	☐ Burney Jr. Sr. High	☐ Mt. View High
☐ Fall River Elementary	☐ Fall River Jr. Sr. High	☐ Soldier Mt. High
☐ Burney Elementary Community Day	☐ Burney Community Day	☐ Mt. Burney
☐ Fall River Elementary Community Day	☐ Fall River Community Day	☐ Independent Study

¿Con quién vive el estudiante?

☐ Padre ☐ Madre ☐ Guardián legal ☐ Persona Autorizada

Nombre del estudiante: _____
Apellido Primer Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento _____ Género _____ Grado _____

Padre/Guarda: _____

Número del teléfono: _____ Número del teléfono celular _____

Dirección de la casa: _____

Dirección de envio: _____

Municipio ☐ Shasta ☐ Modoc ☐ Lassen

Ultima escuela atendió: _____ Grado: _____

Dirección: _____

	Encierre uno: Padre/Padrastro/Guardián/Persona autorizado	Encierre una Madre/Madrastra/Guardiana/persona autorizada
Nombre		
Dirección/ PO BOX		
Teléfono celular		
Email		
Empleado por		
Teléfono del trabajo		
Nivel del educación de los padres: (Requisito por el estado)	☐ (1) Menos de la secundaria ☐ (2) graduó de la secundaria ☐ (3) Unos cursos del colegio o el Grado del Socio ☐ (4) Graduó del colegio (Licenciatura) ☐ (5) Cursos avanzadas del colegio ☐ (6) No quiero revelar	☐ (1) Menos de la secundaria ☐ (2) graduó de la secundaria ☐ (3) Unos cursos del colegio o el Grado del Socio ☐ (4) Graduó del colegio (Licenciatura) ☐ (5) Cursos avanzadas del colegio ☐ (6) No quiero revelar

Familia:

Nombres del hermanos/hermanas	Mes / año del nacimiento	La escuela de atender	¿Vive en la casa? Sí/No

Residencia – ¿Dónde vive actualmente su hijo o hija o la familia? (pedido por la federación al NCLB)
Por favor, marque la/s casilla/s apropiada/s

- ☐ En una residencia permanente con la familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil)
- ☐ Con más de una familia en una casa o apartamento (11)
- ☐ En un refugio o programa de vivienda en transición (10)
- ☐ En un motel/hotel (09)
- ☐ Sin residencia (carro o campamento) (12)

Otra (15) especifique _____

Mi hijo/hija recibe los servicios marcadas:

☐ Educación Especial (también servicios de habla y clase de recursos) ☐ Educación Migratorio ID#_____

☐ Aprender inglés ☐ Otro _____ ☐ Educación indígenas

Exigencia de Colección de Datos de Pertenencia étnica y Raza Federal
Se requiere que escuelas y distritos coleccionen raza y datos de pertenencia étnica usando una pregunta de dos partes.

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO O HIJA? (marque una)

- ☐ **Hispano o Latino** (Una persona cuya cultura u origen es de Cuba, México, Puerto Rico, Centro o Sudamérica, sin importar su raza)
- ☐ **No Hispano o Latino**

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO O HIJA? (Por favor no marque más de cinco opciones)
La parte de la pregunta que aparece arriba es sobre etnicidad, no sobre raza. Independientemente de la opción que elija, favor de continuar respondiendo lo que sigue, marcando uno o más de los cuadritos, para indicar la que considera que es su raza.

- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska (100) (Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Norte, Centro o Sudamérica)
- ☐ Chino (201)
- ☐ Japonés (202)
- ☐ Coreano (203)
- ☐ Vietnamita (204)
- ☐ ndio de Asia (205)
- ☐ Laos (206)
- ☐ Camboyano (207)
- ☐ Hmong (208)
- ☐ Otro asiático (299)
- ☐ Hawaiano (301)
- ☐ Guamés (302)
- ☐ amoa (303)
- ☐ Tahitiano (304)
- ☐ Otro grupo de las Islas del Pacífico (399)
- ☐ Filipino/Filipino Americano (400)
- ☐ Afroestadunidense o negro (600)
- ☐ Blanco (700) (Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Europa, Norte de África o el Medio Oriente)

Lengua de correspondencia:
¿Cuál idioma prefieres cuando comunicamos contigo? ☐ inglés (00) ☐ español (01)

Información para emergencias:

NOMBRE	NUMERO DEL TELEFONO	RELACION	¿PUEDEN LLEVAR? Sí / No

Nombre del doctor _____

Teléfono _____

Nombra condiciones de la salud ó las alergias ó las medicinas ó la historia de la salud que la escuela debe saber.

_____

¿Su hijo ha sido afectado por el suicidio en alguna capacidad? (circule uno) Sí O No

Entiendo que la escuela no proveer seguro medical ni accidental para cada estudiante, pero puedo comprar un seguro ofrecido por la escuela para mi hijo/hija. Cuando hay una emergencia, quiero que la escuela me hable ó habla con unos de las personas indicadas si no puede encontrarme. Entiendo que la escuela puede que hablar o hacer preparativos que son necesarios para mi hijo/hija, incluido a hablar con la ambulancia o con el sheriff. Los padres, como nosotros, siempre son responsables. Doy permiso para la escuela a dejar mi hijo/hija a ir con las personas nombradas en esta hoja.

Firma del padre Fecha