

Office Use: ID#: _____ Ent date: _____ OE/OL/SP BC rec'd

Información del Estudiante		Imm Current? Y - N	Bus Y - N
Apellido Legal <i>(Favor de escribir legiblemente)</i>		Primer Nombre Legal	Segundo Nombre Legal
Fecha de Nacimiento:		Género M / F	Lugar De Nacimiento: Ciudad/Estado/Condado
El estudiante vive con:(Círcule)		También conocido como:	
Solo la madre		Ambos padres	
Madre/Padrastro		Solo el padre	
Abuelos Otro: _____		Padre/Madrastra	
IDIOMA HABLADO EN CASA		Alguna vez el estudiante ha asistido a las Escuelas Públicas de Walla Walla? ¿Si la respuesta es sí, usó un apellido diferente?	
Inglés Español Ruso		No Sí Nombre anterior	
Otro: _____		Escuela y Ciudad Anterior:	

CASA PRINCIPAL (En donde vive el estudiante la mayoría del tiempo)	
Guardián del Hogar #1: Apellido/Primer Nombre	Correo electrónico:
Relación con el estudiante: _____	Teléfono: Casa: () Celular: () Trabajo:()
Dirección de Residencia: <i>Tiene que proveer la dirección</i> _____ Apt# _____	
Dirección Postal: (Si es diferente) _____	

Es la residencia: (por favor círculo todos los que apliquen) a) renta/casa propia b) en un refugio c) en un motel, auto, un sitio para acampar d) vivienda de más de una familia e) temporalmente con amigos o miembros de la familia f) niño de crianza temporal

Casa Secundaria/misma casa Apellido/Primer nombre	Correo electrónico:	Teléfono:
Relación con el estudiante: _____		Celular: () Trabajo: ()

CASA SECUNDARIA	
Guardián del Hogar #2: Apellido/Primer Nombre	Correo electrónico:
Relación con el estudiante: _____	Teléfono: Casa: () Celular: () Trabajo:()
Dirección de Residencia: <i>Tiene que proveer la dirección</i> _____ Apt# _____	
Dirección Postal: (Si es diferente) _____	
Guardián Secundario/misma casa Apellido/Primer nombre:	Correo electrónico:
Relación con el estudiante: _____	Teléfono: Celular: () Trabajo: ()

¿Hay un plan de custodia o paternidad compartida actualmente? No Sí (Si lo hay, el plan debe estar en el archivo escolar)

¿Hay una orden de restricción? No Si (Si lo hay, la documentación legal debe estar en el archivo escolar)

La orden de restricción es contra: Madre Padre Otro: _____

OTROS CONTACTOS: Cuando una lesión, enfermedad o alguna otra situación, no de emergencia ocurre e involucra a su hijo/a, queremos ser capaces de localizar familiares rapidamente o algún otro adulto responsable. En el caso de no poder localizarlo/s, por favor apunte las personas en quién usted confía y que están disponibles durante el día para cuidar a su hijo/a (solo si reside en el área local, por favor).

Contacto Primario (diferente al padre/madre/guardián)					
Apellido	Primer Nombre	Relación con el niño/a	Celular:	Casa:	Trabajo:
			()	()	()
Segundo Contacto (diferente al padre/madre/guardián)					
Apellido	Primer Nombre	Relación con el niño/a	Celular:	Casa:	Trabajo:
			()	()	()

AUTORIZACION DE ENTREGA DEL ESTUDIANTE: En caso de que la escuela no pueda contactarme, autorizo que mi hijo/a sea entregado/a a la/s persona/s mencionada/s anteriormente. **POR FAVOR RELLENE LA PARTE DE ATRAS**

Firma del Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____

¿Los padres/guardianes se han mudado en los pasados 3 años (36 meses), para trabajar o buscar trabajo en la agricultura, industria forestal, pesca o relacionado con las actividades de procesamiento de alimentos? Sí ___ No ___ ¿Cuándo?

INFORMACION DEL ESTUDIANTE continuado

	¿Grado?	
¿Ha sido su hijo/a alguna vez reprobado?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
¿Ha calificado o ha estado inscrito su hijo/a en un programa de educación especial?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
¿Tiene su hijo/a actualmente un programa individual de educación (IEP)?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Marque cualquier ayuda especial/adicional, que su hijo/a ha recibido: <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> LAP <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Bilingüe <input type="checkbox"/> Talento <input type="checkbox"/> Salón de Recursos <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Salón Contenido <input type="checkbox"/> Lectura/Matemática <input type="checkbox"/> Terapia del Habla <input type="checkbox"/> Audiología <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Emigrante <input type="checkbox"/> Comportamiento Otro _____		
¿Alguna condición de salud que afecte las necesidades educacionales? _____		

¿Ha estado su hijo/a en un programa de preescolar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1 año	1, 2, 3, 4, 5 años (círcule #)
¿Cuantos años participó su hijo/a en él?:	Cuidado por un pariente _____	Preescolar/Privado _____	
Nombre cualquier otro programa:	Preescolar/Head Start _____	Early Head Start _____	
Proveedor de cuidado de niño/a:	Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____

Por favor apunte los nombres de todos los hermanos/as que asisten a las Escuelas Públicas de Walla Walla -incluyendo preescolar

Apellido	Nombre	Escuela/Grado	Recibe alimentos gratis o reducidos
			<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"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

¿Su hijo/a tiene:

¿acción disciplinaria, pendiente, actual o pasada? Sí No Si lo es, explique _____

¿historia o sentencias de conducta violenta? Sí No Si lo es, explique _____

¿cualquier multa o cargo no pagado en otra escuela? Sí No Si lo es, explique _____

Su hijo/a tiene cualquier historial de juicio o acuerdo relacionado a: (marque las casillas que apliquen)

una ofensa violenta una ofensa sexual una ofensa por droga inhalar gases tóxicos una ofensa por licor

asalto incendio premeditado secuestro intimidación acecho

GRUPO ETNICO: ¿Es su hijo/a de origen Hispano o Latino? (Marque todos los que apliquen) NO Hispano/Latino

Mexicano/Mexicano Americano/Chicano Cubano Centro Americano Dominicano

Sudamericano Español Latino Americano Puertorriqueño Otro Hispano/Latino

RAZA: ¿Que raza considera usted a su hijo/a? (Marque todos los que apliquen)

<input type="checkbox"/> African American/Black	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Alaska Native	<input type="checkbox"/> Muckleshoot	<input type="checkbox"/> Snoqualmie
<input type="checkbox"/> Asian Indian	<input type="checkbox"/> Pakistani	<input type="checkbox"/> Mariana Islander	<input type="checkbox"/> Chehalis	<input type="checkbox"/> Nisqually
<input type="checkbox"/> Cambodian	<input type="checkbox"/> Singaporean	<input type="checkbox"/> Melanesian	<input type="checkbox"/> Colville	<input type="checkbox"/> Nooksack
<input type="checkbox"/> Chinese	<input type="checkbox"/> Taiwanese	<input type="checkbox"/> Micronesian	<input type="checkbox"/> Cowlitz	<input type="checkbox"/> Port Gamble Klallam
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Thai	<input type="checkbox"/> Samoan	<input type="checkbox"/> Hoh	<input type="checkbox"/> Puyallup
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Vietnamese	<input type="checkbox"/> Tongan	<input type="checkbox"/> Jamestown	<input type="checkbox"/> Quileute
<input type="checkbox"/> Indonesian	<input type="checkbox"/> Otro Asian	<input type="checkbox"/> Otro Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Kalispel	<input type="checkbox"/> Quinault
<input type="checkbox"/> Japanese	<input type="checkbox"/> Otro American Indian/Alaska Native	<input type="checkbox"/> Lower Elwha	<input type="checkbox"/> Samish	<input type="checkbox"/> Tulalip
<input type="checkbox"/> Korean	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian	<input type="checkbox"/> Lummi	<input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle	<input type="checkbox"/> Yakama
<input type="checkbox"/> Laotian	<input type="checkbox"/> Fijian	<input type="checkbox"/> Makah	<input type="checkbox"/> Shoalwater	<input type="checkbox"/> Otro Wash. Indian
<input type="checkbox"/> Malaysian	<input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro		<input type="checkbox"/> Skokomish	

VERIFICACION DE LA INFORMACION: La información en este formulario es verdadera y correcta desde esta fecha.

Entiendo que falsificar la información para obtener la inscripción o la asignación, puede causar la revocación de la inscripción o asignación del estudiante a las Escuelas Públicas de Walla Walla.

Firma del Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____