

Fecha de Entrada _____ Numero de Estudiante _____ Maestro _____ # de _____	<b>DISTRITO ESCOLAR DE CASHMERE</b> <b>FORMULARIO DE INSCRIPCION DE ESTUDIANTE PAGINA UNO</b>	Verificación de Residencia en Distrito: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si no, Estudiante "Choice" (Forma Proveída): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Instrucción Basada en Casa (Forma Proveída): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Apellido Preferido de Estudiante:	Nombre Preferido:	Segundo Nombre:		
Apellido Legal de Estudiante:	Nombre Legal de Estudiante:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		
	Fecha de Nacimiento:	Grado de Entrada:		
<b>Estudiante vive con:</b> <input type="checkbox"/> Los Dos Padres <input type="checkbox"/> Encargado (Custodia Legal) <input type="checkbox"/> Madre Soltera <input type="checkbox"/> Madre/Padrastro <input type="checkbox"/> Padre Soltero <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> Si Mismo <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Agencia/Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Otro _____				
<b>¿Aplican Restricciones de Custodia?</b> <input type="checkbox"/> Orden de Restricción <input type="checkbox"/> Acuerdo de Custodia				
¿Ha sido su hijo retenido? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es que si, que nivel de grado _____ ¿Ha sido su hijo suspendido o expulsado por cualquier motivo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Razón: _____				
<b>Favor de anotar otros hermanos/hermanas en su familia inscritos o asistiendo el Distrito Escolar de Cashmere:</b> Vale _____ CMS _____ CHS _____				
Ha recibido su hijo servicios de educación especial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fechas en el Programa: _____ Terapia del Habla: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuarto de Recursos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
<b>Ha recibido su hijo servicios/asistencia en:</b> Matemáticas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Altamente Capacitado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Plan 504                      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Lectura Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Bilingüe Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Servicios de Consejería Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
<b>Hogar #1 – Padre(s)/Encargados (Quienes viven con el estudiante primordialmente)</b>				
Padre/Encargado: _____ Relación al Estudiante _____ Domicilio: _____ Ciudad, Estado: _____ Domicilio de Envío (si es diferente) _____ Ciudad, Estado: _____ # de Teléfono Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Empleador: _____				
Padre/Encargado: _____ Relación al Estudiante _____ Domicilio: _____ Ciudad, Estado: _____ Domicilio de Envío (si es diferente) _____ Ciudad, Estado: _____ # de Teléfono Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Empleador: _____				
<b>Hogar #2 – Padre(s)/Encargados (Quienes no tienen custodia primordial del estudiante)</b>				
Padre/Encargado: _____ Relación al Estudiante _____ Domicilio: _____ Ciudad, Estado: _____ Domicilio de Envío (si es diferente) _____ Ciudad, Estado: _____ # de Teléfono Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Empleador: _____				
⇨ ¿Debe el Hogar #2 recibir tarjetas de reporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
<b>Contactos de Emergencia</b>				
	Nombre	Relación al Estudiante	Teléfono #1	Teléfono #2
Emergencia#1				
Emergencia#2				
Emergencia#3				
Emergencia#4				

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento a las autoridades del Distrito Escolar de Cashmere para obtener tratamiento médico de emergencia. También autorizo a las autoridades médicas para llevar a cabo en o administrar tratamiento médico o quirúrgico para el estudiante previamente mencionado. Autoridades del distrito no están excusadas de tratar de ponerse en contacto conmigo antes de confiar en esta autorización.

⇨ Firma de Padre/Encargado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR DE CASHMERE  
FORMULARIO DE INSCRIPCION – PAGINA DOS**

(Estas preguntas son requeridas por el estado para todas las familias nuevas y que regresan a nuestro distrito)

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

1. **¿Dónde nació su hijo?**  
Ciudad de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

2. **¿Ha asistido su hijo alguna escuela del Distrito Escolar de Cashmere?** Si  No   
Si es que sí, ultimo apellido inscrito en la escuela: \_\_\_\_\_ Último Grado/Año \_\_\_\_\_

3. **Ultima Escuela asistida por estudiante:** \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Último Grado/Año \_\_\_\_\_

4. **¿Ha asistido su hijo alguna escuela en el Estado de Washington?** Si  No

\*\*\*\*\*

5. **¿Necesitaran los padres un intérprete para comunicarse con los maestros?** Si  No

6. **¿Su hijo recibió apoyo para el aprendizaje del idioma inglés a través del Programa Estatal de Educación Bilingüe de Transición en la última escuela a la que asistió?** Si  No  No Sé

7. **¿Qué idioma aprendió su hijo primero?\*** \_\_\_\_\_

**¿Qué idioma usa más SU HIJO en casa?\*** \_\_\_\_\_

**¿Qué idioma(s) usan más los padres/tutores cuando hablan con su hijo?** \_\_\_\_\_

A. **¿Alguna vez asistió su hijo a la escuela fuera de los Estados Unidos?** Si  No   
En caso afirmativo, ¿en qué idioma se le dio la instrucción? \_\_\_\_\_ ¿Por cuántos meses? \_\_\_\_\_

B. **¿Alguna vez asistió su hijo a la escuela en los Estados Unidos antes de matricularse en este distrito escolar (K-12)?**  
Si  No  ¿Por cuántos meses? \_\_\_\_\_ meses (Un (1) año escolar equivale a 10 meses)

**Referencia a WAC392-160-005: "Idioma Primario" significa el idioma mas usado por el estudiante (no necesariamente por los padres, encargados, u otros) para comunicación en el lugar de residencia del estudiante.**

\*\*\*\*\*

8. **¿Se ha mudado su familia en los últimos tres años?** Si  No

9. **¿Se mudo ha esta área para trabajar en agricultura, pesca o proceso de alimentos durante los últimos 3 (tres) años?** Si  No

10. **¿Se ha mudado su familia a través de las fronteras de la escuela?** Si  No

\*\*\*\*\*

Estas preguntas son hechas con la intención de dirigir el Acto McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. Las Respuestas que de sobre su vivienda ayudaran para determinar los servicios que su hijo puede ser elegible para recibir.

11. **¿Su familia esta compartiendo vivienda en este momento?** Si  No

12. **¿Es su residencia actual un arreglo temporal debido a una perdida de vivienda o dificultad económica u otro motivo?** Si  No

**Si respondió SI a las preguntas anteriores, favor de seleccionar la opción que mejor describa su situación de vivienda actual:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> En un hotel  | <input type="checkbox"/> Mudando de lugar en lugar  |
| <input type="checkbox"/> En un refugio – emergencia o transicional  | <input type="checkbox"/> Víctima de un desastre   |
| <input type="checkbox"/> Con mas de una familia en una casa o apartamento   | <input type="checkbox"/> Notificación de desalojo   |
| <input type="checkbox"/> En un lugar no diseñado para alojamiento ordinario de dormir como un carro, autobús o estación de tren, parque o sitio de campar | <input type="checkbox"/> Vivienda que no reúne los códigos requeridos por la ciudad (sótanos, áticos y garajes) |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  |   |

**SOLO PARA USO ESCOLAR – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA**

*IF A FAMILY ANSWERS "YES" TO ANY OF THESE QUESTIONS, PLEASE FORWARD A COPY TO THE APPROPRIATE OFFICE.*

Received Date: \_\_\_\_\_