

Fecha de Entrada _____ Numero de Estudiante _____ Maestro _____ # de _____	DISTRITO ESCOLAR DE CASHMERE FORMULARIO DE INSCRIPCION DE ESTUDIANTE PAGINA UNO	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:
--	----------------------	-------------------

Estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Los Dos Padres <input type="checkbox"/> Madre Soltera <input type="checkbox"/> Padre Soltero <input type="checkbox"/> Si Mismo <input type="checkbox"/> Agencia/Servicios Sociales	<input type="checkbox"/> Encargado (Custodia Legal) <input type="checkbox"/> Madre/Padrastra <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastra/Madrastra <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Aplican Restricciones de Custodia? <input type="checkbox"/> Orden de Restricción <input type="checkbox"/> Acuerdo de Custodia
--	--	---

¿Ha sido su hijo retenido? Si No Si es que si, que nivel de grado _____
 ¿Ha sido su hijo suspendido o expulsado por cualquier motivo? Si No
 Razón: _____

Favor de anotar otros hermanos/hermanas en su familia inscritos o asistiendo el Distrito Escolar de Cashmere:
 Vale _____ CMS _____ CHS _____

Ha recibido su hijo servicios de educación especial: Si No Fechas en el Programa: _____
 Terapia del Habla: Si No Cuarto de Recursos: Si No

Ha recibido su hijo servicios/asistencia en:

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"/>

Hogar #1 – Padre(s)/Encargados (Quienes viven con el estudiante primordialmente)

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: _____

Hogar #2 – Padre(s)/Encargados (Quienes no tienen custodia primordial del estudiante)

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 No

Contactos de Emergencia

	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 si, 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: _____ | |

SI LA FAMILIA RESPONDE QUE "SI" A CUALQUIERA DE ESTAS PREGUNTAS, FAVOR DE ADELANTAR UNA COPIA A LA OFICINA APROPIADA.