

# Castro Valley Unified School District

4400 Alma Avenue, Castro Valley, CA 94546 (510)537-3000

## Información de Matriculación

**Escuela** \_\_\_\_\_ (por favor de llenar) **Fecha de matriculación** \_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_

### Información del Estudiante

Nombre legal del estudiante (*Apellido*) \_\_\_\_\_ *Primer nombre* \_\_\_\_\_ (*MI*) \_\_\_\_\_  
 Número de domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo (*si diferente*) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Número telefónico (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Sexo  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
**Fecha cuando estudiante se matriculó en la escuela en los EEUU** \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento: Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Pais \_\_\_\_\_ **Si no EEUU, Fecha de entrada a los EEUU** \_\_\_\_\_

### Información de Matriculación Anterior

Se ha matriculado antes el estudiante en una escuela de Castro Valley?  si  No Que año y/o grado \_\_\_\_\_  
 Ultima escuela asistida \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Fecha matriculada \_\_\_\_\_ Fecha que salió \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Ha sido avanzado el estudiante (avanzado un grado antes de anticipado)?  Si  No Niveles de grado \_\_\_\_\_  
 Ha sido retenido el/la estudiante?  Si  No Nivel de grado \_\_\_\_\_  
 Ha sido suspendido el/la estudiante de la escuela en los últimos tres años por cualquiera razon (EC 49079)? Si No Razon \_\_\_\_\_  
 Ha sido expulsado/a el/la estudiante de un distrito escolar?  Si  No Es la expulsion pendiente?  Si  No  
 Si, razon? \_\_\_\_\_  
 Si, de cual escuela? \_\_\_\_\_ Esta ahora en libertad condicional juvenil?  Si  No

### Vivienda de transición

Hay veces cuando familias se encuentran en una situación de vivienda de transición debido a la perdida de casa. Vivienda de transición incluye familias viviendo en refugios temporarios, moteles/hoteles, acampamientos, edificios abandonados, carros, o otra vivienda temporaria.  
 Si es aplicable, marque la caja  y llene la declaracion

#### Identificación de Raza y Etnicidad del Niño/a\*

Es Hispano o Latino este/a estudiante? (Escoje solo uno)

- No, no Hispano o Latino  
 Si, Hispano o Latino

La parte arriba se trata de etnicidad, no de raza. No importa que seleccionaste arriba, por favor continúe contestando lo siguiente en marcar una o mas cajas para indicar que considera ser su raza.

Raza Primaria (solo marque una)	Otras Razas Otras Razas
Indio nativo/Alascano	<input type="checkbox"/>
Indio Asiatico	<input type="checkbox"/>
Africano Americano	<input type="checkbox"/>
Cambodian	<input type="checkbox"/>
Chino	<input type="checkbox"/>
Filipino	<input type="checkbox"/>
Guamenian	<input type="checkbox"/>
Hawaiano	<input type="checkbox"/>
Hmong	<input type="checkbox"/>
Japones	<input type="checkbox"/>
Koreano	<input type="checkbox"/>
Laoisano	<input type="checkbox"/>
Otro asiatico	<input type="checkbox"/>
Otro isleño del pacifico	<input type="checkbox"/>
Samoano	<input type="checkbox"/>
Taitiano	<input type="checkbox"/>
Vietnamito	<input type="checkbox"/>
Caucasico	<input type="checkbox"/>

\*Requisito estatal (alineado con el censo de los E.E.U.U)

#### Encuesta de Idioma Primordial

El Código Educativo de California requiere las escuelas determinan el idioma hablado en casa por cada estudiante. Esta información es importante para proveer buena instrucción para todos los estudiantes.

CHINO - designa Mandarina o Cantones

Su cooperación en ayudandonos cumplir este requisito importante es pedido. Por favor conteste las siguientes preguntas:

\*Primer idioma hablado por niño/a \_\_\_\_\_

\*Idioma hablado mas por el niño/a en casa \_\_\_\_\_

\*Idioma mas hablado al niño/a en la casa \_\_\_\_\_

Idioma mas hablado por adultos en la casa \_\_\_\_\_

\*Si la respuesta incluye un idioma diferente que inglés, el/la estudiante será administrado Examen de California para el Desarrollo del Idioma Inglés (CELDT)

Lugar de Nacimiento: Pais \_\_\_\_\_

**Si no en los E.E.U.U., Fecha de entrada a los E.E.U.U.** \_\_\_\_\_

**Forma de Matriculación**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Pg. 2 de 3

**Información del programa de matriculación (no para SASI)**

Es su hijo/a matriculado/a en un programa de educación especial? No  Si  Nombre de Programa: \_\_\_\_\_

Es o ha sido su hijo/a matriculado/a en otros programas especiales? No  Si  Hay un I.E.P?  No  Si

Si? Marque la caja  504  ESL  Gate

**Información de los Padres (los que viven con el/la estudiante)**

marque una  Madre  Padre  Madrastra  Padrastro  Guardián Otro \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_

Número telefónico (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Patrón \_\_\_\_\_

marque una  Madre  Padre  Madrastra  Padrastro  Guardián Otro \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_

Número telefónico (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Patrón \_\_\_\_\_

**Por favor indique el nivel mas alto de educación en casa- Marque uno**

- No se graduó de la secundaria (incluye el GED)
- Se graduó de la secundaria
- Un poco de la univversidad (incluye universidad de comunidad y escu
- Se graduó de la universidad (titulo universitario)
- cursos de posgraduado
- los descensos para indicar

**Otros ninos/as Viviendo en la Casa**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Otra Información de la Familia**

Hay un padre/madre biológico que no vive en la casa? Si contesto sí, por favor complete abajo. Padre/Madre fallecido/a Sí No

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Número telefónico (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

\*Hay un orden del corte en referencia a la custodia de este niño/a? No  Sí

\*Hay orden de restricción en referencia al padre/madre biológico/a o otra persona? No  Sí

\* Si contestó sí a cualquiera pregunta, debe proveer una copia reciente del orden más reciente a la escuela.

\*Si un orden no sea proveido, información será dado a este padre cuado se solicite.

**Oredenes del Corte deben ser submitidos a la escuela al principio de cada año escolar.**

Lista los nombres de todas las personas autorizadas a recojer su hijo/a aparte de los padres/guardianes. Tiene que tener 18 o más años.

Nombre	Número de teléfono	Relación
_____	(____) _____	_____
_____	(____) _____	_____
_____	(____) _____	_____

**Información Médica**

**Condiciones Médicas (marque aplicables)**

- |   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD   | <input type="checkbox"/> Cancer               | <input type="checkbox"/> Epi-pen                | <input type="checkbox"/> Riñon/Vejiga              | <input type="checkbox"/> Trastornos Convulsivos    |
| <input type="checkbox"/> Alergias ( <i>especifique abajo</i> )                | <input type="checkbox"/> Fibrosis Cística     | <input type="checkbox"/> Aparato Auditivo/Tubos | <input type="checkbox"/> Problemas con menstruació | <input type="checkbox"/> Problemas de Piel         |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Problemas Escuchando   | <input type="checkbox"/> Migrañas                  | <input type="checkbox"/> Problemas del estómago    |
| <input type="checkbox"/> Inhalador para asma                                  | <input type="checkbox"/> Infecciones del Oído | <input type="checkbox"/> Problema del Corazon   | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular        | <input type="checkbox"/> Condición de los tiroides |
| <input type="checkbox"/> Piquete de Abeja                                     | <input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio | <input type="checkbox"/> Hernia                 | <input type="checkbox"/> Musculo-Skeletal          | <input type="checkbox"/> Síndrome Tourette         |
| <input type="checkbox"/> Restricciones de Comida (Razones médicas o no) _____ |   |   | <input type="checkbox"/> Otro _____                |  |

**Medicina(s)**

Si su hijo/a recibe medicinas diariamente, por favor lista los nombres de la medicina, el dosís, y la hora que la toma. Medicina no puede ser dado en la escuela sin solicitud formal firmado por el doctor y padre. Formas de medicina están disponibles en la oficina de la escuela o pueden ser descargados en el sitio de web del distrito [www.cv.k12.ca.us](http://www.cv.k12.ca.us)

Nombre de Medicina	Dosís (Cuánto?)	La hora que se debe tomar
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Como custodio legal de \_\_\_\_\_, un menor, yo por la presente autorizo al director o su designee, en cuyo cuidan el alumno secundario referido ha sido confiado, para consentir a cualquier radiografía, el examen, el anestésico, diagnóstico médico o quirúrgico, el tratamiento, Y/o cuidado de hospital para ser rendido a dijo menor sobre el consejo de algún médico y/o el dentista licenciados.

Comprendo que esta autorización es rendida avance de algún diagnóstico necesario, del tratamiento, o de cuidado de hospital y proporciona la autoridad y el poder al agente referido (agentes) darle consentimiento específico a cualquiera tal diagnóstico, al tratamiento, o a cuidado de hospital que un médico o dentista licenciados puede creer necesario.

Esta autorización se quedará efectivo para el año escolar lleno a menos que revocara en la escritura y entregara a dijo agente (agentes). Comprendo que el El Distrito Escolar de Castro Valley, sus empleados, y su directivo no asumen obligación en relación con el transporte ni El tratamiento de dijo menor.

Comprendo aún más que todos costos de transporte de paramédico, de la hospitalización, y de cualquier examen, la radiografía, o el tratamiento proporcionaron en la relación a esta autorización será mi responsabilidad.

Doctor Preferido \_\_\_\_\_ Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Hospital Preferido \_\_\_\_\_

Seguro Médico \_\_\_\_\_ Número de Asociación \_\_\_\_\_

- En caso de un accidente o la emergencia, yo doy permiso para el personal de la escuela o contacto de emergencia a obtener necesario el cuidado médico para mi niño.
- Yo no consiento al cuidado médico para mi niño. Suelto el escuela/distrito de la obligación. Por favor inicial \_\_\_\_\_

El Código de la Educación de California 49408 indican que para la protección de la salud de un alumno y el bienestar, la tabla directiva de un distrito de la escuela puede requerir el padre o a guardián legal de un alumno a mantener corriente en la escuela del alumno de asistencia, información de emergencia inclusive la casa el número de la dirección y el teléfono, la dirección comercial y número telefónico de los padres o el guardián, y del nombre, la dirección, y número telefónico de un pariente o el amigo que es autorizado a cuidar del alumno en cualquier situación de emergencia si el padre o guardián legal no pueden ser alcanzados. El Código de la Educación de California lo hace obligatorio que cada estudiante es proporcionado con la educación física. Si, en tiempo, su niño está enfermo o tiene un condicion que usted se siente requiere a ser dispensado de la actividad para más de tres (3) días lectivos, una nota explicativa es requerida del consejero/doctor de su hijo/a.

**La Información de la médico/salud: Firma de cría/guardián**

**La falsificación de información de matrícula arriesga matriculación en el Distrito Escolar de Castro Valley**

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Imprime Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Office use only*

- Proof of Residency Complete:  Yes  No
- |  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Birth Certificate | <input type="checkbox"/> Immunization         | <input type="checkbox"/> Physical                           | <input type="checkbox"/> Dental Assessment |  |
| <input type="checkbox"/> In District       | <input type="checkbox"/> Approved Intra       | <input type="checkbox"/> Approved Inter                     | <input type="checkbox"/> Diversion         | <input type="checkbox"/> Caregiver Affidavit |
| <input type="checkbox"/> Foster Placement  | <input type="checkbox"/> Living with Resident | <input type="checkbox"/> Court Appointed Legal Guardianship |  |  |

Staff Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_