



Inscripción para Kindergarten & Kinder de Transición (TK)

Experiencia de Pre-Escolar

Nombre del estudiante _____ Género _____

Fecha de nacimiento _____ Años _____

Nombre de los padres _____

¿Esta su estudiante actualmente inscrito en un programa de educación especial o tiene un IEP? Si No

Mi hijo/hija tiene experiencia preescolar: Si No

Si, si favor de indicar cual:

- Head Start
- First 5 Preschool
- Family Day Care
- Early Learning Academy

- Pre-Escolar Privada
- Pre-Escolar Co-op
- TK-GB WP PB BS u otro

Condado/Estado/PRJUSD:

- CDC
- Bauer Speck
- Georgia Brown
- Winifred Pifer

Para los de Kinder Transición (TK) Solamente:

Todas las clases de kindergarten de transición se balancean con números de niños y niñas. Si usted tiene circunstancias que mitigan que requerirían que su niño sea colocado en una sesión (mañana/tarde) particular por favor de indicarlo abajo.

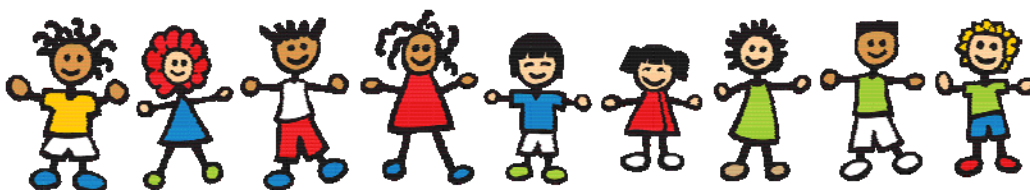
Desafortunadamente, no todas las solicitudes de los horarios específicos pueden ser acomodadas. Por favor sea lo más específico posible acerca de sus necesidades.

____ No tengo preferencia

____ Clase de la mañana 8:10 am – 11:30 am (estimado)

____ Clase de la tarde 10:45 am – 2:30 pm (estimado)

Razón:



HISTORIA DE SALUD Y DESARROLLO PARA ENTRAR A TK/KINDER

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido nombre inicial Sexo: _____

Medico o doctor de la familia/pediatra _____
 Fecha del último examen físico _____
 Dentista de la familia _____
 Fecha del último examen dental _____
 Toma medicación del niño/a?
 Nombre de la medicina _____
 Cantidad _____ Frecuencia _____
 Limitaciones físicas?
 Razón de la limitación _____
 Recibe el niño/a actualmente algún tipo de terapia
 Marque el apropiado
 Terapia del habla? _____
 Terapia física? _____
 Terapia ocupacional? _____

SALUD DE FAMILIA: Escriba cualquier problema de salud
nombre

Padre _____
 Madre _____
 Padrastro _____
 Otros: _____
 Hermanos _____
 Hermanas _____

HISTORIA DEL NACIMIENTO

Embarazo de la Madre

	Sí	No
Infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión/Toxemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarrillos, alcohol, o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellizos o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Edad de la madre en el parto _____
 Tipo de Parto _____
 Peso del niño al nacer: _____ libras _____ onzas
 Condiciones del niño al nacer:
 Explique cualquier otra complicación: _____

ENFERMEDADES EN LOS PRIMEROS 30 DÍAS

	Sí	No
Problemas de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cyanosis (color azul)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictericia (color amarillo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para comer/cólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesito estar en la incubadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fue a casa con la madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENFERMEDADES INFANTILES (pasadas o presentes)

	Sí	No		Sí	No
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubella (3day measles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampion (10day measles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosferina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gafas/lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TB prueba positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas urinarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avones o eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golpe en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parasitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inconsciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disabilidad fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros accidentes serios o enfermedades (describa)

HISTORIA DEL DESARROLLO

A qué edad su hijo/a empezó a:

Sentarse sólo/a _____	Primera palabra _____
Gatear _____	Usar frases _____
Parase sólo/a _____	Usar el escuasado _____
Caminar _____	Comer sólo/a _____

A su hijo/a

	Sí	No		Sí	No
Le gusta aprender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salta, corre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le gusta la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sabe usar tijeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le gustan a otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moja la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es vergonzoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se muerde las unas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duerme bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se chupa el dedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sigue instrucciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es hiperactivo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tiene rabietas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A que hora se va a dormir? _____
 Por favor, escribir algunas preocupaciones sobre la salud de su niño

 Cómo reacciona a la disciplina

 Ha tenido su hijo/a alguna sesión con consejero o terapeuta?

Padre/Tutor(firma)

Fecha

Nombre de escuela

Distrito Escolar Unificado Conjunto de Paso Robles
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN / CONTACTOS DE EMERGENCIA 20 ____ - 20 ____

DEMOGRAFÍA ESTUDIANTIL			
Apellido legal del estudiante		Primer nombre legal del estudiante	Segundo nombre del estudiante
Otro apellido usado (alias)		Otro primer nombre	Apodo del estudiante
Domicilio de residencia		Ciudad, Estado, Código Postal	
Domicilio postal (si es diferente al domicilio de residencia)		Ciudad, Estado, Código Postal	
Fecha de nacimiento	Edad	Género	Número de teléfono celular del estudiante
¿El estudiante es Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Si, Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No, no Hispano o Latino			
Indique Raza Primaria (1) y Secundaria (2) del estudiante:			
__ Indio americano / Nativo de Alaska __ Indio asiático __ Negro o afroamericano __ Camboyano __ Chino __ Filipino __ Guamano __ Hawaiano __ Hmong __ Japonés __ Coreano __ Laosiano __ Otros asiáticos __ Otros isleños del Pacífico __ Samoano __ Tahitiano __ Vietnamita __ Blanco			
HISTORIA EDUCATIVA DEL ESTUDIANTE			
¿El estudiante ha estado inscrito anteriormente en el Distrito Escolar Unificado Conjunto de Paso Robles (en caso afirmativo, en qué escuela: _____)?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Por favor enumere tres escuelas a las que asistió su estudiante (si corresponde) empezando con la más reciente.			
1. Nombre de la escuela y el distrito	Ciudad, Estado	Grado	Tipo de escuela (pública, privada, de continuación, comunitaria)
2. Nombre de la escuela y el distrito	Ciudad, Estado	Grado	Tipo de escuela (pública, privada, de continuación, comunitaria)
3. Nombre de la escuela y el distrito	Ciudad, Estado	Grado	Tipo de escuela (pública, privada, de continuación, comunitaria)
¿Está el estudiante actualmente inscrito en un programa de educación especial o tiene un plan de educación individualizado (IEP) (si es así, indique: _____)?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Qué servicios especiales, si los hay, recibe su estudiante? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Recursos (RSP) <input type="checkbox"/> Clase diurna especial (SDC) <input type="checkbox"/> Habla y lenguaje <input type="checkbox"/> Dotados (GATE) <input type="checkbox"/> Educación migrante <input type="checkbox"/> Inmersión dual <input type="checkbox"/> Desarrollo del idioma inglés (ELD) <input type="checkbox"/> Plan de 504 <input type="checkbox"/> Otro:			
¿Alguna vez el estudiante ha sido retenido o acelerado en una calificación (en caso afirmativo, marque con un círculo RETENIDO o ACELERADO e indique qué calificación: _____)?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿El estudiante está pasando actualmente por el proceso de expulsión o bajo un contrato de expulsión (en caso afirmativo, adjúntelo)?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
OTROS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR EN LA FAMILIA DEL ESTUDIANTE			
Nombre completo del estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela / Distrito (si no es PRJUSD)	Grado
Nombre completo del estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela / Distrito (si no es PRJUSD)	Grado
Nombre completo del estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela / Distrito (si no es PRJUSD)	Grado
Nombre completo del estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela / Distrito (si no es PRJUSD)	Grado

INFORMACIÓN Y NOTIFICACIONES PARA PADRES / TUTORES / CUIDADORES

Marque aquí si el estudiante es un joven no acompañado

HOGAR PRIMARIO. Por favor marque la relación con el estudiante: Padre (madre / padre) / padrastro / madrastra / tutor / cuidador / otro:	¿Está usted en el ejército? SI / NO Rama:	Teléfono de casa
Nombre completo	Correo electrónico	Teléfono de trabajo
Domicilio de residencia	Ciudad, Estado, Código postal	Teléfono celular
HOGAR SECUNDARIO. Por favor marque la relación con el estudiante: Padre (madre / padre) / padrastro / madrastra / tutor / cuidador / otro:	¿Está usted en el ejército? SI / NO Rama:	Teléfono de casa
Nombre completo	Correo electrónico	Teléfono de trabajo
Domicilio de residencia	Ciudad, Estado, Código postal	Teléfono celular

Círculo el nivel más alto del padre / tutor / cuidador más educado del estudiante: Maestría / Doctorado Graduado • Universidad / Licenciatura • Algún título universitario / Asociado • Graduado de escuela secundaria • No graduado de escuela secundaria • Rechazo a declarar

Idioma de comunicación: Marque el idioma en el que le gustaría recibir notificaciones de la escuela: Inglés Español Otro:

¿Existe alguna orden judicial con respecto a la custodia legal, la custodia física, el contacto restringido con la escuela o el niño (en caso afirmativo, adjúntelo)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Doy permiso a la escuela / distrito para enviar mensajes de texto a mi teléfono celular.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Doy permiso a la escuela y al distrito para compartir públicamente artículos y fotos de periódicos y / o Internet relacionados con los logros de mi estudiante.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Doy permiso a la escuela / distrito para compartir la información de mi estudiante con reclutadores militares (solo en la escuela secundaria).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Yo he recibido, leído y estoy de acuerdo con el Ordenador de redes y Acuerdo del Uso Aceptable de las Computadoras de estudiantes.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
He leído la Notificación Anual de Derechos de Padres y Estudiantes disponible en el sitio web de nuestro Distrito (www.pasoschools.org).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
He recibido y leído la Notificación de pesticidas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

INFORMACIÓN DE SALUD Y EMERGENCIAS

<input type="checkbox"/> Marque si el estudiante NO tiene condiciones médicas CONOCIDAS.	<input type="checkbox"/> Marque aquí si el estudiante TIENE CONDICIONES MÉDICAS Y complete la sección a continuación.		
Condiciones médicas (marque todas las que correspondan y adjunte una nota del médico): Alergias estacionales / Alimentos • Alergias • Diabetes • Problema cardíaco • Epilepsia • Asma • Se requiere inhalador • Limitaciones ortopédicas • Educación física Limitaciones • Dieta especial / Restricciones • Otras condiciones (especifique):			
Medicamentos que incluyen nombre (s) y dosis (s):			
<i>En caso de enfermedad / emergencia solamente, si no se puede localizar al padre / tutor, se puede llamar a las siguientes personas en el orden que se indica a continuación y / o pueden recoger al estudiante de la escuela o actividades. Nabrado a una persona a continuación no autoriza a esa persona a solicitar permisos para sacar al estudiante de la escuela.</i>			
Nombre completo	Relación con el estudiante	Numero primario	Numero secundario
Nombre complete	Relación con el estudiante	Numero primario	Numero secundario
Nombre completo	Relación con el estudiante	Numero primario	Numero secundario
<i>El Distrito Escolar Unificado Conjunto de Paso Robles puede facturar a Medi-Cal por los servicios de la Agencia de Educación Local (LEA) proporcionados a los estudiantes elegibles para Medi-Cal. Estas facturas no resultarán en ningún costo para su familia. Si no desea que el distrito le facture a Medi-Cal u otros terceros por los servicios LEA proporcionados a su hijo, notifique al distrito por escrito.</i>			
Doctor medico	Teléfono	Aseguranza Medica	Número de póliza
Como padre / tutor / cuidador, entiendo que el Distrito Escolar Unificado Conjunto de Paso Robles NO proporciona seguro médico que cubra a los estudiantes por accidentes o lesiones relacionadas con la escuela. Autorizo al personal autorizado del Distrito Escolar Unificado Conjunto de Paso Robles a obtener atención médica de emergencia para este estudiante en caso de accidente o lesión. Verifico que la información anterior es precisa.			
Firma del padre / tutor / cuidador	Fecha	Firma del padre / tutor / cuidador	Fecha
Firma del estudiante (si el estudiante es mayor de 18 años o es un joven no acompañado)	Fecha		



PASO ROBLES

MIGRANT EDUCATION PROGRAM

PROGRAMA DE EDUCACIÓN MIGRANTE

STUDENT SURVEY - ENCUESTA ESTUDIANTIL

For more information and details about the program please read the back of this form.

Para información más detallada sobre este programa favor de leer la parte de atrás de esta forma.

To determine if your family qualifies for the services of Migrant Education Program please answer the following questions. **Para determinar si su familia califica para recibir los servicios de Programa de Educación Migrante por favor conteste las siguientes preguntas:**

1. Have you moved within the past 3 years, even for a short time? Yes _____ No _____
¿Usted se ha mudado en los últimos (3) años aunque sea por un corto tiempo? Si _____ No _____
2. When you moved, did you move from one school district to another Yes _____ No _____
¿Cuándo usted o su familia se mudaron fue de un distrito escolar a otro? Si _____ No _____
3. Did you move so that a member of your family could find work in agriculture, livestock or fishing? Yes _____ No _____
¿Usted o su familia se mudaron para que un miembro de su familia pudiera encontrar trabajo en la agricultura, (el campo), ganadería o pesca? Si _____ No _____
4. Where do you presently work? _____
¿Dónde trabaja usted ahora? _____
5. Have you ever worked in agriculture, livestock or fishing? Yes _____ No _____
¿Usted o su pareja han trabajado en agricultura, (el campo) ganadería o pesa? Si _____ No _____

Student Name _____ Day _____
Nombre del Alumno Fecha

Parent/Guardian _____ Grade _____
Padre o Tutor Grado

Address _____ Phone _____ Cell _____
Domicilio Teléfono Celular

Siblings _____
Hermanos

Completed by migrant office staff

Action taken by _____

_____ Enrolled Date of Interview _____
_____ Not Enrolled Reason _____

Comments: _____

Migrant Education Program: Migrant Education is a federal program for eligible migrant children. The purpose of the program is to provide high quality educational programs and services for migratory students and their families. The program focuses mainly on the educational needs of migrant children and tries to reduce barriers to successful educational achievement. For more information, call the local office of the migrant program at (805) 769-1380 or the district office (805) 769-1000.

A child is considered "migrant" if the parent or guardian is a migratory worker in the agricultural, dairy, or fishing industries and whose family has moved during the past three years. A "qualifying" move can range from moving across school district boundaries or from one state to another for the purpose of finding temporary or seasonal employment. A young adult may also qualify if he/she has moved on his/her own for the same reason.

Programa de educación migrante: Educación Migrante es un programa federal para niños migrantes elegibles. El propósito del programa es proporcionar a los estudiantes migrantes programas educativos de alta calidad y servicios para estudiantes migratorios y sus familias. El programa se centra principalmente en las necesidades educativas de los niños migrantes y trata de reducir las barreras para lograr el exitoso educativo. Para obtener más información, llame a la oficina local del programa migrante al (805) 769-1380 o a la oficina del distrito al (805) 769-1000.

Un niño se considera "migrante" si el padre o tutor es un trabajador migratorio en las industrias lácteas, agricultura, o de la pesca y cuya familia ha mudado durante los últimos tres años. Un movimiento de "calificación" puede variar de movimiento a través de los límites del distrito escolar o de un estado a otro con el propósito de encontrar un empleo temporal o estacional. Un joven adulto puede también calificar si él o ella se han movido por la cuenta por la misma razón.



Distrito Escolar Unificado Conjunto de Paso Robles
Encuesta del idioma del hogar

Apellido del estudiante _____ Primer nombre _____

Otro apellido usado (alias) _____

Grado _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____

El nombre de la última escuela que atendió _____

Distrito _____ Ciudad/Estado _____

Nombre del Padre/tutor _____

Dirección _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

*El Código de Educación de California § 52164.1 (a) requiere a las escuelas que determinen el idioma que se habla en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial a fin de que las escuelas proveen instrucción significativa para todos los estudiantes. **Si un lenguaje aparte de inglés se habla, el distrito requiere hacer una evaluación adicional de su hijo/hija. Favor de responder solamente con un lenguaje por pregunta.***

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo / a cuando empezó a hablar? _____

2. ¿Qué idioma habla su hijo / a con más frecuencia en casa? _____

3. ¿Qué idioma usa usted con más frecuencia para con su hijo / a? _____

4. ¿Qué idioma se habla con más frecuencia por los adultos en casa? _____

Si corresponde, indique el número de años en EE. UU.

1 año o menos

3 años o menos

4 años o más

Como padre / tutor, verifico que la información anterior sea precisa.

Firma de los padres _____ Fecha _____



Distrito Escolar Unificado de Paso Robles
Formulario Confidencial
Cuestionario de Residencia Estudiantil

Este documento está destinado a cumplir con la Ley de Asistencia McKinney-Vento 42 USC § 11434a. Las respuestas ayudan a determinar los servicios que su estudiante puede ser elegible para recibir.

Estudiante: _____ Género: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padres/Tutor: _____ Teléfono: (_____) _____

Dirección / Ubicación: _____

Hermanos (nombre, escuela, grado, fecha de nacimiento): _____

El estudiante vive con:

- Padres / Tutor Pariente Adulto que no es el padre o tutor
 Padre Foster/Padre de crianza Amigo Menor no acompañado (no bajo la custodia del tutor)

¿Usted y su estudiante viven en un hogar o apartamento permanente? Sí No

¿Cumple usted o su alumno con una de las siguientes condiciones para la Ley McKinney-Vento Homeless Assistance Act:

- No tiene una residencia nocturna fija y regular
 Vive con un amigo o pariente debido a la pérdida de vivienda y / o dificultades económicas
 Vive en un motel / hotel (proporcione el nombre: _____)
 Vive en un refugio de emergencia, refugio de transición, refugio de violencia doméstica o hogar grupal (nombre del programa: _____)
 Vive en un automóvil, traila con ruedas, parque o campamento
 Otro: _____

Los estudiantes que no tienen hogar no serán retirados de sus padres / tutores únicamente porque la familia está experimentando que no tienen hogar.

Nuestro distrito puede brindar asistencia en las siguientes áreas. Por favor marque las áreas de necesidad, si hay alguna:

- Útiles escolares Mochilas Kits de higiene
 Programas de Educación Infantil / Preescolar Apoyo con la Educación Médico / dental / de salud
 Consejería (emocional, abuso de sustancias) Despensas de Alimentos Asistencia de vivienda
 Asistencia para la ropa escolar Asistencia con el transporte
 Programa de desayuno / almuerzo gratis Otro: (por favor indique) _____

¿Podemos proporcionar su nombre e información de contacto a recursos externos o grupos que puedan brindar servicios adicionales? Sí No

Padres / Tutor: _____ Fecha: _____

Por favor devuelva este formulario a la oficina de la escuela de su hijo o a la Oficina del Distrito.

For District Office Use Only:

- Foster Youth
 Student DOES qualify for McKinney-Vento Student DOES NOT qualify for McKinney-Vento

Approved By: _____ Date _____