

Lake Tahoe Unified School District Student Enrollment Information

OFFICE USE				
Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	Teacher: _____	Bus #: _____
Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	_____ Grado	Bus Stop: _____	Perm. ID# _____
_____ Lugar de Nacimiento	_____ Estado donde Nació	_____ País	_____ Correo Electrónico	
_____ Domicilio	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código Postal	_____ Teléfono de Casa
_____ Donde Recibe Correo	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código Postal	_____ Teléfono de Casa
Estudiantes dirección de correo electrónico: _____ Estudiante número de celular: _____				

INFORMACIÓN DE PADRE/CUSTODIO

Relación: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Custodia Legal		Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastro <input type="checkbox"/> Custodia Legal	
Apellido ()	Nombre ()	Apellido ()	Nombre ()
Teléfono de Casa	Número Celular	Teléfono de Casa	Número Celular
Domicilio	Ciudad/Eestado/Código Postal	Domicilio	Ciudad/Eestado/Código Postal
Ocupación	Empleado ()	Ocupación	Empleado ()
Empleado Domicilio	Teléfono de Empleado	Empleado Domicilio	Teléfono de Empleado
Padres Email		Padres Email	

Padres Mayor Nivel de Educación - Favor de chequear la caja correcta

- Escuela Graduada/Post Grad Secundaría
 Grad. De Univ. (BS or BA) No Graduado de la Secundaría
 Grado AA / College Declino decir

Padre/Tutor en Servicio Militar Activo?

- Está un padre/tutor en Servicio Militar Activo o en Guardia Nacional de tiempo completo?
 Sí No Sucursal _____

CONTACTS DE EMERGENCIA - Fuera del padre

1.	_____ Nombre	_____ Relación	_____ Teléfono	_____ Trabajo o Celular
2.	_____ Nombre	_____ Relación	_____ Teléfono	_____ Trabajo o Celular

Cuidador de Niños Antes/Después de la Escuela: _____ Teléfono: _____

1	A. ¿Ha asistido su niño a esta escuela antes? B. Qué grado y la fecha hicieron a su niño entra primero este distrito de la escuela. Grado: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____/____/____
2	A. ¿Cuál grado y fecha entró su niño a este distrito escolar por primera vez? B. Qué grado y la fecha hicieron a su niño entra primero esta escuela. Grado: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____/____/____
3	La fecha que su niño asistió a la escuela en los E.E.U.U. por primera vez?	____/____/____
4	¿Está su niño actualmente inscrito en un Programa de Educación Especial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	Estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Custodia Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____	
6	Información de Custodia: _____ Orden de Restricción en el archivo: _____	
7	¿Es su domicilio actual un arreglo de vivienda temporario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8	¿Es este arreglo de vivienda temporario debido a perdida de casa o adversidad económica? Si es Sí , favor de completar lo siguiente: ¿Adonde vive el estudiante actualmente? <input type="checkbox"/> en un refugio <input type="checkbox"/> en un carro <input type="checkbox"/> en un motel <input type="checkbox"/> en un campamento <input type="checkbox"/> en una traila <input type="checkbox"/> mudando de lugar a lugar <input type="checkbox"/> con más de una familia en una casa o apartamento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN MÉDICA**Aseguranza:**

Cobertura se Seguro Seguro medico Privado Compañía de Aseguranza (Nombre): _____
 Medi-Cal Healthy Families

Students must be examined by a physician upon entering school for the first time. The P.E. Program in grades 7-12 involves sufficient exercise to make a physical examination advisable.

Fecha del ultimo examen fisico: ____/____/____ Doctor: _____ Teléfono: (____) _____
 Fecha del ultimo examen dental: ____/____/____ Dentista: _____ Teléfono: (____) _____

En caso de una emergencia implicando lesiones a mi niño, el personal de la escuela está autorizado a usar discreción para asegurar los servicios necesarios para mi niño (niños). Esto no implica responsabilidad al distrito de la escuela por cualquier servicio médico solicitado para mi niño como resultado de una lesión ocurrida en la escuela. Es la responsabilidad del padre/ custodio de mantener esta información actualizada. Notificar la escuela inmediatamente si cualquier información ha cambiado.

Fecha: _____ Firma del Padre/Custodio: _____

HISTORIAL MEDICO

Por favor notifique a la escuela de cualquier preocupacion acerca de la salud o de cualquier cosa importante en el historial medico. Esta informacion pudiese ser usada en caso de emergencia. Por favoe cheque abajo si su hijo ha experimentado cualquiera de lo siguiente y provea informacion adicional si se necesita:

Diabetes Desmayos Asunto del Corazon Alergia picadura abeja Epi Pen/Benadryl
 Medicina/Asma Asma/No medic Inhalador en escuela Lentes/Contactos Limitaciones/Fisicas

Alergias conocidas: Liste por favor - a lo que y a la reacción: _____

Información Adicional: _____

Mi hijo(a) toma el siguiente medicamento(s) _____ Doctor: _____

NOMBRE DE PADRE AUSENTE A QUIEN LE PUEDE DAR O MANDAR INFORMACIÓN O DE QUIEN PUEDE RECIBIR MENSAJES:

Nombre: _____ Relación: _____ Email: _____
 Teléfono: (____) _____ Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ & DOMICILIO

Entered in Aeries, Supp I

_____	(____) _____	_____
Nombre de Escuela	Código de Area Code & Teléfono	Nombre de Distrito
_____	_____	(____) _____
Domicilio	Ciudad	Estado Código Postal Teléfono

Orden de Expulsión/Expulsado:

¿Está su niño bajo una orden de expulsion/expulsado de un distrito previo donde el/ella asistió? Sí No

CUESTIONARIO DE LINGUA EN CASA

cc: Cumulative Folder

¿En cuál lengua quiere que la correspondencia sea mandada a la casa? Inglés Español

¿Cuál lengua aprendió primero su niño cuando empezó a hablar? _____

¿Cuál lengua se usa más al hablar a su niño? _____

¿Cuál lengua usa su niño más en casa? _____

Nombra las lenguas más habladas por los adultos en casa: _____/_____ Firma del Padre/Custodio

¿CUÁL ES SU ORIGEN ÉTNICO DEL NIÑO? (Por favor marque uno): Hispánico o Latino No Hispánico o Latino

¿CUÁL ES LA CARRERA DE SU HIJO? (Seleccione una o más, independientemente de su origen étnico):

<input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska	<input type="checkbox"/> Indígena Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena de Guam	<input type="checkbox"/> Negro o Americano Africano
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Blanco (no de origen Hispánico)
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> indígena de Tahiti	
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Vietnamés	<input type="checkbox"/> Indígena de Hawaii	<input type="checkbox"/> Filipino	

HERMANOS ADICIONALES ALISTADOS A FECHA EN EL DISTRITO UNIFICADO DE LAKE TAHOE

1. _____	_____	_____	_____	2. _____	_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Grado	Escuela	Apellido	Nombre	Grado	Escuela
3. _____	_____	_____	_____	4. _____	_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Grado	Escuela	Apellido	Nombre	Grado	Escuela