

# Lake Tahoe Unified School District Student Enrollment Information

			<b>OFFICE USE</b>		
Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Otro	Teacher: _____ Bus #: _____		
Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	/ /	Grado	Bus Stop: _____ Perm. ID# _____		
	Fecha de nacimiento				
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"/> Madrastrro <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

<input type="checkbox"/> Escuela Graduada/Post Grad	<input type="checkbox"/> Secundaría
<input type="checkbox"/> Grad. De Univ. (BS or BA)	<input type="checkbox"/> No Graduado de la Secundaría
<input type="checkbox"/> Grado AA / College (2 o 4 años el programa académico, no Voc Ed o Escuela Técnica)	<input type="checkbox"/> Declino decir

## 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? <b>Si es Sí</b> , 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 empezo 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 Pacifico	
<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

School Use Only - Previous District Information				
<b>English Proficiency</b>	<b>CELDT</b>	Score	Prof.	Date
English Only _____	Listening _____	_____	_____	_____
IFEP _____	Speaking _____	_____	_____	_____
EL _____	Reading _____	_____	_____	_____
RFEP _____	Writing _____	_____	_____	_____
Date: _____	Overall _____	_____	_____	_____
<b>If Student has other language than English on Home Language Survey.</b> Notify Education Center, EC will check CALPADS for Language Fluency status, and schedule CELDT testing if required.				<b>Algebra I Passed?</b> _____ <b>CSIS #</b> _____ <b>CAHSEE</b> Passed    Date ELA _____ Math _____