

Lake Tahoe Unified School District Student Enrollment Information

OFFICE USE				
Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Otro	Teacher: _____ Bus #: _____	
Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	/ /		Bus Stop: _____ Perm. ID# _____	
	Fecha de nacimiento	Grado		
_____ 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
Correo electrónico del estudiante: _____		N.º de celular del estudiante: _____		

PADRE/TUTOR LEGAL – Enumere a los adultos responsables de este estudeiante				
Relación: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor legal		Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutora legal		
Apellido	Primer nombre	Apellido	Primer nombre	
()	()	()	()	
Teléfono particular	Teléfono celular	Teléfono particular	Teléfono celular	
Dirección, si no es la del niño	Ciudad/Eestado/C.P.	Dirección, si no es la del niño	Ciudad/Eestado/C.P.	
Profesión	Nombre del empleado	Profesión	Nombre del empleado	
	()		()	
Dirección del empleado	Tel. del empleado	Dirección del empleado	Tel. del empleado	
Correo electronic del padre		Correo electronic del madre		

Mayor nivel educativo alcanzado por los padres – Por favor, tilde una opción				
<input type="checkbox"/> Estudios superiores/Postgrado	<input type="checkbox"/> Egresado de la preparatoria			
<input type="checkbox"/> Egresado de la universidad (título de grado)	<input type="checkbox"/> No egresó de la preparatoria			
<input type="checkbox"/> Título intermedio/Universidad (progr. académico de 2 o 4 años; no Esc. Voc o Téc.)	<input type="checkbox"/> Se niega a declarar			

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA – Que no sean los padres				
1.	Nombre	Relación	() Teléfono	() Tel. laboral o celular
2.	Nombre	Relación	() Teléfono	() Tel. laboral o celular

Encargado del niños antes/después de clases: _____ **Teléfono:** _____

1.	A. ¿Su hijo ha asistido a una escuela del Distrito Escolar Unificado Lake Tahoe anteriormente? B. ¿En qué grado y en qué fecha ingresó su hijo al distrito escolar por primera vez? Grado: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____/_____/_____
2.	A. ¿Su hijo ha asistido a esta escuela anteriormente? B. ¿En qué grado y en qué fecha ingresó su hijo a esta escuela por primera vez? Grado: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____/_____/_____
3.	¿En qué fecha su hijo asistió a clases en EUA por primera vez?	_____/_____/_____
4.	¿Participó en un programa especial o recibió servicios en la escuela anterior?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.	El estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: _____	
6.	Información de tenencia: _____ Orden de prohibición en archive: _____	
7.	¿Su dirección actual es un acuerdo de alojamiento temporal? ¿Este acuerdo de alojamiento temporal se debe a una pérdida de su casa o a dificultades económicas? <i>Si la respuesta es sí, ¿dónde vive el estudiante actualmente?</i> <input type="checkbox"/> en un refugio <input type="checkbox"/> en un carro <input type="checkbox"/> en un hotel <input type="checkbox"/> en un campamento <input type="checkbox"/> remolque <input type="checkbox"/> se muda de un lugar a otro <input type="checkbox"/> en una casa o apartamento con más de una familia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN MÉDICA**Cobertura de seguro:**

Seguro escolar Seguro medico privado Compañía de seguro privada (Nombre): _____
 Medi-Cal Healthy Families

Un medico debe examinar a los estudiantes cuando ingresen a la escuela por primera vez. En el Programa de educación fisica de 7mo a 12do grado, los estudiantes hacen suficiente ejercicio como para que se aconseje un examen fisico.

Fecha del ultimo examen físico: ____/____/____ Médico: _____ Teléfono: (____) _____
 Fecha del ultimo examen físico: ____/____/____ Médico: _____ Teléfono: (____) _____

En el caso de una emergencia donde mi hijo se lesione, el personal de la escuela está autorizado a usar su criterio para garantizar que se ofrezcan los servicios necesarios para mi hijo (hijos). Esto no implica hacer responsable al distrito escolar por los servicios médicos solicitados para mi hijo a causa de una lesión ocurrida en la escuela. Es responsabilidad del padre(s)/tutor(es) mantener esta información actualizada. Comuníquese con la escuela de inmediato si ha cambiado parte de la información.

Fecha: _____ Firma del padre/tutor: _____

HISTORIA MÉDICA

Por favor, avise en la escuela sobre cualquier problema de salud conocido o antecedentes importantes. Esta información podría usarse en caso de emergencia. Tilde el casillero correspondiente si su hijo ha sufrido alguno de los siguientes problemas y dé información adicional si es necesario:

Diabetes Convulsiones Problemas cardíacos Alergia a picadura de abeja Epi Pen/Benadryl
 Asma - medicación Asma - sin medicación Inhalador en la escuela Gafas/lentes de contacto Limitaciones físicas
 Alergias conocidas: Por favor, enumere a qué y qué reacción tiene: _____

Información adicional: _____

Mi hijo toma los siguientes medicamentos: _____ Médico: _____

PADRE AUSENTE A QUIEN DAR/ENVIAR INFORMACIÓN O DE QUIEN ACEPTAR MENSAJES

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

ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTÓ EL ESTUDEIANT Y SU DIRECCIÓN

ENTERED IN AERIES, SUPP I

 Nombre de la escuela (____) Número de teléfono Nombre del Distrito

 Domicilio Ciudad Estado Código Postal (____) Teléfono

Orden de Expulsión/Expulsado:

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

HOME LANGUAGE SURVEY

cc: Cumulative Folder

¿En qué idioma quiere que esté la correspondencia que se envía a casa? Inglés Español
 ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando coenzó a hablar? _____
 ¿Qué idioma usa con mayor frecuencia cuando habla con su hijo? _____
 ¿Qué idioma usa con mayor frecuencia su hijo cuando está en casa? _____
 Mencione qué idiomas hablan más a menudo los adultos de las casa: _____
 Firma del padre/tutor: _____

¿A QUÉ RAZA ÉTNICA PERTENECE SU HIJO? (TILDE UNA):

Hispano o latino No es hispano ni latino

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO? (SELECCIONE UNA O MÁS, INDEPENDIENTEMENTE DEL GRUPO ÉTNICO):

Indio norteamericano o native de Alaska Indio de Asia Guamaniano Negro o afroamericano
 Chino Laosiano Samoano Blanco (no de origen hispano)
 Japonés Camboyano Tahitiano
 Coreano Otra raza asiática Otra isla del Pacifico
 Vietnamita Nativo de Hawai Filipino

HERMANOS INSCRIPTOS ACTUALMENE EN EL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO 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**English Proficiency**

English Only	CELDT	Score	Prof.	Date
English Only _____	Listening _____	_____	_____	_____
IFEP _____	Speaking _____	_____	_____	_____
EL _____	Reading _____	_____	_____	_____
RFEP _____	Writing _____	_____	_____	_____
Date: _____	Overall _____	_____	_____	_____

If Student has other language than English on Home Language Survey, check CALPADS for Language Fluency status, and schedule CELDT testing if required.

Algebra I Passed?

SSID # _____
 CAHSEE Passed Date
 ELA _____
 Math _____