



Lista de Inscripción

Formularios Requeridos:

- _____ Formulario de Inscripción
- _____ Verificación de Domicilio
- _____ Tarjeta de planificación de clases
7^{mo} Grado
o
8^{vo} Grado
- _____ Tarjeta de Emergencia
- _____ Tarjeta de Salud
- _____ Notificación Anual
(Página firmada solamente)
- _____ Formulario de Programas Especiales
- _____ Póliza de Uso Aceptable
(Página firmada solamente)

Padre/Tutor DEBE Incluir También:

- Una copia certificada del acta de nacimiento o pasaporte
- Tarjeta amarilla de Vacunas de California. Las vacunas deben incluir la serie de Hepatitis B, MMR (Sarampión/Rubéola/Paperas), Tos Ferina (Pertussis) y prueba de la vacuna Varicela o verificación de la enfermedad, Polio y DPT (Difteria/Tétanos/Tos ferina). Todas las fechas DEBEN estar verificadas por un medico o una clínica.

Formularios Opcionales:

- _____ Aplicación para el Programa AVID
- _____ Aplicación de Periodismo
- _____ Aplicación de Liderazgo
- _____ Aplicación de Trasmisión de Video
- _____ Aplicación de Orquesta
- _____ Formulario para estudiantes con dos domicilios
- _____ Formulario para que su información no se publique en el Directorio
- _____ Formulario de Membresía para la Fundación de Padres
- _____ Formulario de Compromiso para Mantenerse libre de Drogas

Imprima todas las formas requeridas

www.sduhsd.net/oc

Todas las formas requeridas y opcionales deben entregarse al maestro de sexto el 11 de Marzo del 2011

SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO PARA INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

SE REQUIERE COPIA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

IMPRIMA el Nombre Legal: (No Sobrenombres) Inscripción para: _____ Grado: _____ **Student ID #** _____
Nombre de la Escuela Identificación Estudiantil

Varón Dama **Fecha de Nacimiento:** _____
(Mes/Día/Año)

ESTUDIANTE: Apellido _____ **Primer Nombre** _____ **Segundo Nombre** _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ **Número de Seguro Social #** _____
Ciudad Estado País

Correo Electrónico de el/la Estudiante (e-mail) _____ Indique: Padre / Madre / Guardián Legal / Sustituto/a

Nombre del Padre _____ (Indique: Padre / Guardián / Sustituto) **Nombre de la Madre** _____ (Indique: Madre / Guardián / Sustituta)

Teléfono del Hogar _____ **Teléfono del Trabajo** _____ **Teléfono del Hogar** _____ **Teléfono del Trabajo** _____

No Sí **Correo Electrónico ¿desea recibir eventos y anuncios escolares? Celular del Padre** _____ No Sí **Correo Electrónico ¿desea recibir eventos y anuncios escolares? Celular de la Madre** _____

Domicilio de Residencia del Padre _____ Ciudad Estado Código Postal **Domicilio de Residencia de la Madre** _____ Ciudad Estado Código Postal

Domicilio para recibir correo (si es diferente al domicilio de residencia) **Padre ¿Necesita interpretación para juntas y llamadas?** No Sí **Madre ¿Necesita interpretación para juntas y llamadas?** No Sí

Nombre de la Última Escuela que su Estudiante Asistió _____ Domicilio Ciudad Estado Código Postal Número de Fax Teléfono

¿El/la estudiante asistió anteriormente a la escuela en el distrito escolar de San Dieguito Union High School District? No Sí, escuela _____

¿Cuándo empezó su estudiante la escuela en los Estados Unidos? _____ Mes / Día/ Año ¿Cuándo empezó su estudiante la escuela en California? _____ Mes / Día/ Año

Encuesta del Lenguaje en el Hogar

El Código Educacional de California requiere que las escuelas determinen para cada estudiante el(los) lenguaje(s) que se hablan en el hogar. Ésta información es esencial para que las escuelas impartan la instrucción correspondiente para todos los estudiantes. Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿En los últimos 12 meses, ha sido designado/a su hijo/a como estudiante en el aprendizaje del inglés en las escuelas Públicas de California? No Sí
2. ¿Qué lenguaje habló su hijo/a cuando el/ella primero empezó a hablar? _____
3. ¿Qué lenguaje habla con más frecuencia en el hogar su hijo/a? _____
4. ¿Qué lenguaje utiliza usted más frecuentemente para hablar con su hijo/a? _____
5. Anote en orden de uso los lenguajes que más frecuentan hablar los adultos en el hogar 1° _____ 2° _____
6. Prefiero los materiales que se envían al hogar en: Inglés. Si los hay disponibles, en: Español Otro _____ Lenguaje

El distrito escolar debe de cumplir con muchos requisitos en reportes Federales y Estatales. Apreciamos su asistencia al indicar la identidad o historial étnico de su estudiante. **¿Es el/la estudiante Hispano/a o Latino/a?** Sí, es Hispano/a o Latino/a No, no es Hispano/a o Latino/a

Por favor continúe: indicando con una señal (la/s casilla/s) de origen racial que usted considera que le corresponde/n a su estudiante:

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico →	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Asiático/Asiático Americano →	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano		<input type="checkbox"/> Vietnamés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El Código Educativo de California requiere que las escuelas reciban información acerca del nivel de grado escolar del padre o madre de familia que haya logrado asistir durante más tiempo a la escuela. **Por favor señale el nivel escolar que le corresponde al padre o a la madre de el/la estudiante:**

- 1) No se graduó de la preparatoria 2) Graduado/a de la preparatoria 3) Recibió algo de educación universitaria (College)
 4) Graduado/a de la universidad (College) 5) Maestría/Doctorado (Graduate/Post Graduate) 6) No desea proveer la información o no se sabe

Firma del Padre/Guardián X _____ **Fecha** _____

Los programas y actividades del distrito están libres de discriminación que se base en sexualidad, raza, color, religión, origen nacional, grupo étnico, orientación sexual, estado marital o condición del padre o de la madre, incapacidad física o mental o cualquier otra consideración contra la ley.

OFFICE USE ONLY: _____ **Emergency Card** _____ **Health Card** _____ **Birth Cert.** _____ **AUP** _____
 _____ **Imm. Verified** _____ **Chicken Pox** _____ **Hep. #1** _____ **Hep. #2** _____ **Hep. #3** _____



Union High School District

710 Encinitas Boulevard, Encinitas, CA 92024
Teléfono (760) 753-6491
www.sduhsd.net

Directiva de Fideicomisarios
Joyce Dalessandro
Linda Friedman
Barbara Groth
Beth Hergesheimer
Deanna Rich

Superintendente
Ken Noah

Departamento de Servicios al Alumno
Fax (760) 634-0676

IMPORTANT NOTICE REGARDING NEW STUDENTS

(NOTIFICACIÓN DE IMPORTANCIA PARA ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO)

Education Code Section 48915.1(b) states, "If a student has been previously expelled from his/her previous school, the parent/guardian, shall, upon enrolment, inform the receiving school district of his/her status with the previous school district."

El Código de Educación Sección 48915.1(b) consta que, "Si un estudiante ha sido anteriormente expulsado de la escuela, el padre/guardián, al matricular al estudiante, deberá de informarle al distrito escolar al cual esté matriculando a el/la estudiante acerca de su disposición/estado en el distrito escolar al que asistió previamente."

STUDENT NAME: SCHOOL: DOB:
(NOMBRE DE EL/LA ESTUDIANTE) (ESCUELA) (FECHA DE NACIMIENTO)

Has your son/daughter been previously expelled? NO YES
(¿Se le ha expulsado a su estudiante previamente?) NO SÍ

If YES, please explain including dates of expulsion and school:
(Si ha sido expulsado/a, favor de explicar incluyendo la fecha y la escuela a la que asistió)

Has your son/daughter been previously suspended? NO YES
(¿Se le ha suspendido a su estudiante previamente?) NO SÍ

If YES, please explain including dates of suspension and school:
(Si ha sido suspendido/a, favor de explicar incluyendo la fecha y la escuela a la que asistió)

Is your student currently enrolled in a GATE program? NO YES
(¿Actualmente está su estudiante registrado en el programa GATE?) NO SÍ

Has your student ever received Special Education Services? NO YES
(¿Se le han proporcionado Servicios de Educación Especial a su estudiante?) NO SÍ

Does your student have an ACTIVE IEP Individualized Education Plan? NO YES (Please attach copy)
(¿Tiene su estudiante un Plan de Educación Individualizada -IEP activo actualmente?) NO SÍ (Por favor incluya una copia)

Does your student have an ACTIVE 504 Plan? NO YES (Please attach copy)
(¿Tiene su estudiante un Plan 504 activo actualmente?) NO SÍ (Por favor incluya una copia)

Has your student ever received 504 plan accommodations? NO YES Date:
(¿Ha recibido su estudiante adaptaciones bajo un plan 504?) NO SÍ (Fecha)

Has your student ever been placed on a SARB contract? NO YES Date:
(¿Se le ha puesto a su estudiante bajo un contrato de SARB?) NO SÍ (Fecha)

Parent/Guardian Signature (Firma del Padre/Guardián) Date (Fecha)

NOTE: Failure to disclose this information could result in termination from the San Dieguito Union High School District. If further information is desired, please telephone the Director of Pupil Services, Bruce Cochrane at (760) 753-6491, ext. 5619.

NOTA: Si no proporciona usted esta información, puede resultar en la anulación de la matrícula para el/la estudiante en el distrito San Dieguito Union High School District. Si desea obtener más información, por favor llame usted al Director de Servicios al Alumno, Bruce Cochrane al teléfono (760) 753-6491 ext. 5619

San Dieguito Union High School District
NOTIFICACIÓN ANUAL 2010-2011
- Página de Firmas -

A

DIRECTORIO DE INFORMACIÓN:

De acuerdo con las leyes federales y estatales, el Distrito puede transmitir /ceder la información del directorio de información de los estudiantes. Esto quiere decir que, de acuerdo con la póliza de la Mesa Directiva de Educación, puede transmitirse la información de cada estudiante; nombre, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, domicilio, número de teléfono, curso de estudios, participación en actividades escolares, fechas de asistencia, reconocimientos, y historial de asistencia. Para los atletas, puede también cederse la información de su altura y peso. La información del directorio que sea apropiada, se le puede transmitir /ceder a cualquier agencia o persona, excepto a organizaciones privadas, de lucro, (además de; A posibles empresas de empleo, o a la prensa). Los nombres y domicilios de estudiantes del 12avo grado, o estudiantes que terminan, se puede transmitir / ceder a las escuelas públicas, universidades y reclutadores militares.

Bajo la solicitud por escrito de parte del padre de un/a estudiante de 17 años o menor, el Distrito no transmitirá / no cederá la información del directorio acerca de el/la estudiante. Si el/la estudiante tiene 18 años, es mayor o está inscrito/a en una institución de instrucción post-secundaria, y presenta una solicitud por escrito, se honorará su solicitud de negar acceso a la información del directorio. La solicitud deberá de someterse entre los 30 días después de haber recibido ésta notificación.

Si usted elige que **NO** se le entregue la información del directorio a ninguna agencia foránea, incluyendo a la militar, por favor, firme y regrese el formulario a la oficina de asistencia de la escuela entre los 30 días de haber recibido ésta notificación. **La firma del padre, le prohíbe** al Distrito transmitir / ceder la información del directorio a la militar, la prensa, escuelas, organizaciones de padres y maestros, empleos y entidades similares.

SU FIRMA AQUÍ ES OPCIONAL:

Por favor coloque una marca (X) solamente en donde **NO DESEA** que se divulgue la información de su estudiante para:

- La Militar Las Universidades y Colegios Los Posibles Patrones de Empleo
 La Red de Intercomunicación (con fotografías y/o entrevistas acerca de las actividades escolares / deportes)
 La Prensa / Medios de Comunicación Masiva (con fotografías y/o entrevistas acerca de actividades escolares / deportes)
 El Anuario Escolar (Yearbook) ("no release", su señal aquí indica que usted **no** desea que la foto de su hijo/a salga en el anuario escolar)

Nombre de el/la Estudiante: _____
Imprima por favor Escuela a la que asiste Grado

Nombre del Padre/Guardián: _____
Imprima por favor

Firma del Padre/Guardián: **X** _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN MÉDICA: Código de Educación EC §49423:

Clínica/Nombre del Médico de el/la Estudiante: _____
Nombre y Domicilio del Médico o Clínica Teléfono de Contacto para la Clínica / Médico

Doy mi consentimiento para que el personal escolar se comunique con el médico de mi hijo/a: NO **SÍ**

El/la estudiante está bajo un régimen de medicamento: NO **SÍ**

¿Necesita tomar medicamento durante el horario escolar?: NO **SÍ**

Si el/la estudiante está bajo un régimen de medicamento que necesita administración durante el horario escolar, el padre deberá de completar y entregar el formulario de autorización "**Authorization for Medication Administration**", en la oficina de enfermería escolar **con la firma del padre y del médico**. El formulario está disponible en la página Web: <http://www.sduhsd.net/downloads/>

RECONOCIMIENTO DEL PADRE / GUARDIÁN ACERCA DE LAS ACTIVIDADES ESCOLARES ESPECÍFICAS:

El Código de Educación Sección 48982 **REQUIERE** que los padres firmen y regresen éste reconocimiento a la oficina de asistencia de la escuela, indicando así, que se les ha informado acerca de sus derechos; No obstante, su firma no es una autorización para participar en ningún programa en particular que ya se haya proporcionado o retenido.

Por medio de la presente, doy mi firma en reconocimiento / constancia de que he recibido la información acerca de mis derechos, responsabilidades y protección. También certifico, bajo penalidad de perjurio que soy residente del Distrito, como se ha verificado previamente, o atiendo bajo la aprobación de un Acuerdo de Ínter-Distrito

Nombre del Padre / Guardián (Imprima por favor) Teléfono # Celular # Nombre de el/la Estudiante: (Imprima por favor)

Se Requiere la Firma del Padre/Guardián Legal: X _____ Fecha: _____

FAVOR DE REGRESAR ÉSTA PÁGINA A LA OFICINA DE LA ESCUELA DE SU ESTUDIANTE

CONTRATO DE USO ACEPTABLE DE RECURSOS DE COMPUTACIÓN PARA EL ESTUDIANTE

El estudiante y los padres de familia o guardianes legales del estudiante consienten en sostener inocuo e indemnizar el Distrito por y contra cualquier reclamación que es traída por el estudiante, el guardián paternal o legal del estudiante, o de su parte, que puede provenir del uso del estudiante del sistema de información. Además, el estudiante y los padres de familia o guardianes legales del estudiante consienten en indemnizar el Distrito por cualquier daño al Distrito que proviene del mal uso intencional del estudiante al sistema de información y o la violación intencional de esta póliza.

Como padre de familia o guardián legal del estudiante, he leído este documento y doy mi permiso voluntariamente que se provee una cuenta a mi hijo/a, y voluntariamente firmo mi nombre y el de mi hijo/a como prueba de nuestra aceptación de las responsabilidades anteriores y riesgos asociados.

Nombre del estudiante (letra de molde)

Firma

Fecha

Nombre del Padre de familia/Guardián
(letra de molde)

Firma

Fecha

SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO PARA INFORMACIÓN DE SALUD

_____ Varón Dama _____ ID# _____

ESTUDIANTE: Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año _____ Identificación Estudiantil _____

Nombre del Padre/ Guardián Legal _____ Domicilio Actual _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono del Hogar _____ Teléfono Celular _____ Escuela _____ Grade _____

PADRE/GUARDIÁN: la siguiente información es necesaria para el expediente de salud de el/la estudiante. Se requiere solamente una vez al inscribirse. Sin embargo, si en el futuro se presentan nuevos problemas de salud, solicitamos que el padre/guardián **tan pronto como le sea posible, presente notificación a la Oficina Escolar de Salud** para proporcionar la atención adecuada a su estudiante. Por favor complete y entregue este formulario en la Oficina Escolar de Salud.

MEDICAMENTO:

¿Tiene el/la estudiante un régimen continuo de medicamento? NO sí ¿Necesita administrarse en la escuela? NO sí

No está permitido que los estudiantes lleven consigo medicamento excepto bajo autorización médica para asma o diabetes.

Todo medicamento: con prescripción, sin prescripción, remedios homeopáticos, vitaminas, etc. que deban administrarse durante el horario escolar o durante actividades patrocinadas por la escuela, requieren el formulario de autorización **“Authorization for Administration of Medication”** firmado por el médico y el padre de el/la estudiante. **Si su estudiante necesita la administración de medicamento durante el horario/actividad escolar:** Por favor visite la página Web del Distrito <http://www.sduhsd.net/downloads/> para obtener el formulario **“Authorization for Administration of Medication”** el cual debe el padre/guardián completarlo y entregarlo a la Oficina Escolar de Salud.

CONDICIÓN/ES DE SALUD:

Por favor indique la/s casilla/s que mejor describa/n la/s condición/es de salud de su estudiante y entregue el formulario a la Oficina Escolar de Salud. Por favor proporcione información específica acerca de la/s condición/es que puede/n afectar a su estudiante para aprender o para participar en actividades escolares.

Condición de Salud:	Explicación: (por favor incluya; fecha de diagnóstico, frecuencia, severidad, etc.)
<input type="checkbox"/> Alergia (severa; alimentos, medicamento, piquete de abeja.)	_____
<input type="checkbox"/> Asma (leve, moderada, de seriedad, otro)	_____
<input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento / Desorden Genético	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Sanguínea / de la Sangre	_____
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral (Cerebral Palsy)	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Diagnóstico con Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD / ADD)	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Emocional	_____
<input type="checkbox"/> Impedimento Auditivo	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Auto Inmune	_____
<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza Migraña / Jaquecas	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Neurológica	_____
<input type="checkbox"/> Condición Ortopédica	_____
<input type="checkbox"/> Prótesis	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Psicológica	_____
<input type="checkbox"/> Escoliosis	_____
<input type="checkbox"/> Convulsiones	_____
<input type="checkbox"/> Otra/s preocupación/es de salud de seriedad:	_____

<input type="checkbox"/> Impedimento Auditivo	<input type="checkbox"/> Oído Derecho	<input type="checkbox"/> Oído Izquierdo
<input type="checkbox"/> Sordera / Dificultad para Escuchar	<input type="checkbox"/> Oído Derecho	<input type="checkbox"/> Oído Izquierdo
<input type="checkbox"/> Aparatos para Escuchar	<input type="checkbox"/> Oído Derecho	<input type="checkbox"/> Oído Izquierdo
<input type="checkbox"/> Problemas para Escuchar	<input type="checkbox"/> Oído Derecho	<input type="checkbox"/> Oído Izquierdo
<input type="checkbox"/> Impedimento Visual	<input type="checkbox"/> Ojo Derecho	<input type="checkbox"/> Ojo Izquierdo
<input type="checkbox"/> Necesita Lentes	<input type="checkbox"/> Lentes de Contacto	
<input type="checkbox"/> Para Distancia	<input type="checkbox"/> Astigmatismo	
<input type="checkbox"/> Para Leer	<input type="checkbox"/> Otro:	
Fecha de la última visita al médico: _____		

<input type="checkbox"/> Impedimento de Lenguaje
<input type="checkbox"/> ¿Ha Recibido Terapia?
<input type="checkbox"/> ¿Necesita Terapia?
<input type="checkbox"/> Restricciones Físicas
<input type="checkbox"/> Para Participación en Educación Física
<input type="checkbox"/> Tipo de Restricciones: _____

Firma del Padre/Guardián _____ **Fecha** _____

Para el Uso de la Oficina Escolar Solamente: _____

SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE EMERGENCIA

La siguiente información **es necesaria** para el Expediente de Salud de el/la estudiante. Favor de completar este formulario anualmente, **firmarlo y regresarlo** a la escuela de su estudiante durante horas hábiles.

***Nota: Éste no es un formulario para "cambio de residencia"** Si usted se ha cambiado de domicilio, por favor complete y entregue el formulario de verificación de residencia **"Verification of Residency Form"** el cual lo encuentra disponible en la oficina de matrícula de la escuela de su estudiante.

ESTUDIANTE: Apellido	Primer Nombre	Inicial	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Dama	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	ID#
					Adult School
Domicilio donde reside el estudiante			Apartamento #	Ciudad	Código Postal
			Escuela	Grado	

Por favor indique con una señal al lado derecho, a quién se le debe de llamar primero al Padre o a la Madre:

PADRE _____

MADRE _____

NOMBRE del Padre (Indique: Padre/Guardián Legal/Sustituto)

NOMBRE de la Madre (Indique: Madre/Guardián Legal/Sustituta)

Teléfono del Hogar # Celular #

Teléfono del Hogar # Celular #

Lugar y Departamento de Empleo Teléfono de Empleo #

Lugar y Departamento de Empleo Teléfono de Empleo #

E-mail - Domicilio Electrónico del Padre

E-mail - Domicilio Electrónico de la Madre

Domicilio del Padre ¿Nuevo Domicilio? NO *SÍ

Domicilio de la Madre ¿Nuevo Domicilio? NO *SÍ

Domicilio en para Recibir Correo (si es diferente al anterior)

Domicilio en para Recibir Correo (si es diferente al anterior)

Nivel de Educación Escolar que Logró el Padre: sin declarar

Nivel de Educación Escolar que Logró la Madre: sin declarar

Necesita interpretación para juntas y llamadas: NO SÍ

Necesita interpretación para juntas y llamadas: NO SÍ

CONTACTO DE EMERGENCIA: anote la información de **dos personas adultas**, que no sean el padre/la madre o guardián. Si el personal escolar no puede localizar a los padres/guardianes, autorizamos a la escuela para que haga entrega de el/la estudiante a: **(Los números de contacto deben de ser locales)**

Primer Contacto: _____
 Nombre y Apellido del Adulto Relación/parentesco con el/la Estudiante Teléfono del Hogar / Empleo Celular

Segundo Contacto: _____
 Nombre y Apellido del Adulto Relación/parentesco con el/la Estudiante Teléfono del Hogar / Empleo Celular

INFORMACIÓN MÉDICA:

Clinica/Nombre del Médico de el/la Estudiante: _____
 Nombre y Domicilio Teléfono de Contacto para la Clínica / Médico

Doy mi consentimiento para que el personal escolar se comunique con el médico de mi hijo/a: NO Sí

El/la estudiante está bajo un régimen de medicamento: NO SÍ

Necesita medicamento durante el horario escolar: NO SÍ

Si su estudiante está bajo un régimen de medicamento que necesita administración durante el horario escolar:
 Deberá usted entregar el formulario de autorización **"Authorization for Medication Administration"** en la oficina de enfermería escolar. Formulario disponible en: <http://www.sduhsd.net/downloads/>

EMERGENCIA: Doy consentimiento para que en caso de alguna emergencia:

El médico familiar, los paramédicos (EMT) y/o el hospital administre/n tratamiento médico a mi hijo/a: NO Sí

¿Cobertura de Seguro Médico para el/la estudiante? NO Sí Seguro Médico a nombre de: El Padre La Madre

Nombre de la Compañía de Seguro Médico Número de Póliza / Grupo Teléfono de la Compañía de Seguro Médico

X _____
Firma del Padre/Guardián Legal Fecha

X _____
Firma de la Madre/Guardián Legal Fecha

OAK CREST MIDDLE SCHOOL

Tarjeta de Planificación de Cursos Electivos para el Octavo Grado

Apellido) _____ Nombre _____

Cada semestre, los estudiantes necesitan tomar matemáticas, historia, inglés, ciencias, educación física (PE) y una clase electiva. Escoge tus clases electivas de la lista siguiente en orden de preferencia (1 al 4), siendo el número uno tu elección preferida, y el número 4 la materia menos preferida. Toma en cuenta que tus elecciones serán consideradas al planear tu horario de clases para el primero y el segundo semestre en Oak Crest, también que trataremos de honrar tu primera y segunda elección. Por favor revisa la Descripción de Cursos Electivos en nuestra página web.

CLASES ELECTIVAS DE UN SEMESTRE

- _____ 6170 Transmisión de TV **
- _____ 8253 Liderazgo**
- _____ 4202 CE SMART
- _____ 6072 Introducción al Drama
- _____ 7251 Introducción a Multi-Media
- _____ 6051 Arte General
- _____ 6053 Caricatura (Dibujo Animado)

CLASES ELECTIVAS DE UN AÑO

- _____ G5681 Español I
- _____ G5682 Español II
- _____ 1201 Periodismo **
- _____ 8252 AVID **
- _____ 6160 Banda para Principiantes
 - ___Reemplazara Educación Física
 - ___No Reemplazara Educación Física
- _____ 6162 Banda Avanzada
 - ___Reemplazara Educación Física
 - ___No Reemplazara Educación Física

****REQUIERE APLICACIÓN**

Firma del Padre/Tutor _____ FirmaEstudiante _____

SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

Verificación de Residencia

El Procurador de Justicia de California ha determinado que, con excepciones limitadas, un/a estudiante debe asistir a la escuela en el distrito en el cual sus padres o guardián residen, en lugar del sitio donde el/la estudiante reside. Por consiguiente, un/a estudiante quien vive separado/a de sus padres o guardianes tiene que asistir a la escuela en el distrito en el que su padre o guardián reside. (Un individuo guardián está caracterizado como una persona legalmente asignada por la corte como guardián, un miembro de la familia consanguíneo "blood relative," o un Proveedor/a de Cuidado "CARGIVER").

Hay algunas excepciones al reglamento general. Una excepción se hace para el/la estudiante a quien se le ha colocado en una institución legalmente autorizada, un hogar legalmente autorizado, o un hospital del estado. Una excepción adicional, se acepta para un/a estudiante a quien se le haya otorgado asistencia con permiso de traslado por transferencia de interdistrito de acuerdo con el Código de Educación Sección 46600, et seq. También hay excepción para un/a estudiante que ha sido legalmente emancipado/liberado mediante una declaración judicial, estado matrimonial o servicio militar.

Nombre de el/la Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Nombre Inicial Mes/Día/Año

Nombre del Padre/Guardián: _____ Teléfono del Hogar: _____
Apellido Nombre

Domicilio del Padre/Guardián: _____ Teléfono Celular: _____
Domicilio Actual

_____ Teléfono de Empleo: _____
Ciudad Zona Postal

LA FALSIFICACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN O DOCUMENTOS, YA SEA VERBAL O POR ESCRITO, EN RELACIÓN A ÉSTE PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN RESULTARÁ EN LA REVOCACIÓN DEL PROCESO DE INSCRIPCIÓN.

Para verificación de residencia: Incluya usted copias, al menos de dos de los siguientes documentos:

- La escritura del hogar donde reside "deed papers"
- Documentos del depósito de plica para el hogar donde reside "escrow papers"
- Contrato de renta del hogar donde reside "rental/lease agreement"
- Ordenes Habitación Militar (verificación por escrito de la oficina de viviendas) "military housing"
- Declaración bajo juramento de residencia temporal para familias sin hogar "temporary affidavits"
- Estado de cuenta actual de una empresa de servicio público al hogar donde reside "utility bill"
- Cualquier otro/s documento/s legal/es que establezcan residencia del domicilio entre los límites del área de residencia para el Distrito

El estado de vivienda de un/a estudiante deberá verificarse presentando lo que le corresponda:

<u>ESTADO DE VIVIENDA/HABITACIÓN</u>	<u>DOCUMENTOS REQUERIDOS</u>
___ Viviendo con su/s padre/s	Comprobar residencia en el Distrito
___ Viviendo con su/s Padre/s Adoptivo/s (por amparo)	La orden que coloca al menos con el/los Padre/s Adoptivo/s
___ Viviendo con in tutor legal asignado por la Corte	Orden de la Corte autorizando tutela legal
___ Viviendo con un guardián "CAREGIVER"	Declaración de Autorización para Guardián por juramento

Soy el padre/guardián de el/la estudiante aquí nombrado/a, residiendo entre los límites del área de residencia del distrito escolar San Dieguito Union High School District. Por la presente, confirmo que la información constada en este formulario es correcta.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Oficial Escolar: _____ Date: _____
Name Position School