



Distrito Escolar Unificado de Colusa Inscripción Escolar

Para inscribir a su hijo, proporcione lo siguiente:

- ☐ Un paquete de inscripción completado.
- ☐ Verificación de fecha de nacimiento (cualquiera de los siguientes son aceptables): Pasaporte, Certificado de Nacimiento, Certificado de Bautismo, Declaración jurada del Padre/Guardian/Custodio.
- ☐ Registro de vacunación del estudiante (vea a continuación los requisitos de CA).
- ☐ Comprobante de Residencia – Por favor proporcionar evidencia de residencia proporcionando una de las siguientes (pero no limitados) Documentos originales, fechados en los últimos 3 meses:
 - ☐ Recibo de pago de impuestos de propiedad.
 - ☐ Contrato de renta firmado, recibo de pago de renta.
 - ☐ Contrato de servicio de utilidad, recibo de comprobante de pago.
- ☐ Informe de examen de salud (requerido antes de ingresar al primer grado).
- ☐ Formulario de Evaluación de Salud Oral (se requiere antes de ingresar al primer grado).
- ☐ Una fotocopia del IEP anterior solo para estudiantes de educación especial.
- ☐ Una fotocopia del plan 504 anterior, si corresponde.
- ☐ Hoja de salida con calificaciones de la escuela anterior (grados 7-12 solamente).
- ☐ Última boleta de calificaciones de la escuela anterior (grados 7-8 solamente).
- ☐ Transcripción de la escuela anterior (grados 9-12 solamente).

Además, si el estudiante no es residente, proporcione todos los que correspondan (Entrada No-Residente):

- ☐ Carta de Cuidador (también debe proporcionar uno de los documentos enumerados en comprobante de Residencia).
- ☐ Cuidado de Crianza (también debe proporcionar uno de los documentos enumerados en comprobante de Residencia).
- ☐ Transferencia de Distrito (requerido si no vives dentro de los límites del Distrito Escolar Unificado de Colusa).
- ☐ Declaración Jurada de Residencia no permanente

Para preguntas sobre inscripción, comuníquese con el Distrito Escolar Unificado de Colusa o llame a la oficina de la escuela:

Escuela Primaria James A. Burchfield: 530-458-5853

Escuela Intermedia George T. Egling Middle School: 530-458-7631

Escuela Preparatoria de Colusa / Escuela Prepa Alternativa de Colusa / Escuela Alternativa Estudio en Casa: 530-458-2156

Distrito Escolar Unificado de Colusa: 530-458-7791

INSCRIPCIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE COLUSA**Página 1 de 8**

Nombre legal del estudiante identificado en el Certificado de Nacimiento (Se requieren documentos de la corte para un cambio de nombre legal).

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
----------	---------------	----------------

Número de casa y nombre de la Calle Domicilio del estudiante (residencia física)	Apto #	Ciudad	Estado	Código Postal
---	--------	--------	--------	---------------

Número de casa y nombre de la Calle Dirección postal de los estudiantes (si es diferente a la anterior)	Apto #	Ciudad	Estado	Código Postal
--	--------	--------	--------	---------------

Dirección de correo electrónico del estudiante	Teléfono celular del estudiante
--	---------------------------------

Número de Teléfono Principal del Hogar _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Género (identificado): Masculino Feminino No-binario

Género (legal): Masculino Feminino No-binario

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Método de Verificación de Fecha de Nacimiento (cualquiera de los siguientes son aceptables):

Pasaporte Certificado de Nacimiento Certificado de Bautismo Declaración jurada del Padre/Guardian/Custodio

Otro: _____

¿El estudiante es Hispano o Latino (REQUERIDO): Sí No

¿Cuál es la RAZA de estudiante? (REQUERIDO – independientemente de lo que haya seleccionado para la pregunta anterior, seleccione uno o más de abajo).

- ☐ Afroamericano o Negro
- ☐ Blanco
- ☐ Camboyano
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Guameño
- ☐ Hawaiano
- ☐ Hmong
- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
- ☐ Indio Asiático
- ☐ Japonés
- ☐ Koreano
- ☐ Laosiano
- ☐ Otro Asiático
- ☐ Otro Isleño Pacífico
- ☐ Samoano
- ☐ Tahitiano
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otro: _____

IDIOMA DEL HOGAR: El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen los idiomas que cada alumno habla en el hogar. Esta información es esencial para proporcionar instrucción significativa para todos los estudiantes.

¿Qué idioma UNO(1) aprendió su hijo/a cuando comenzó?

¿Hablar? _____

¿Cual UNO (1) idioma habla más en casa su hijo/a?

¿Cual UNO (1) idioma usa con más frecuencia cuando hablo con su hijo/a?

¿Cual UNO (1) el idioma más hablado por los adultos en casa?

ESTUDIANTE SE ESTÁ INSCRIBIENDO:

Escuela Primaria Burchfield
Escuela Intermedia Egling
Escuela Preparatoria de Colusa
Escuela Alternativa Estudio en Casa
Escuela Prepa Alternativa de Colusa

¿Alguna vez se ha matriculado este alumno en alguna de las escuelas del Distrito Escolar Unificado? Si No

¿El estudiante estará viajando en el autobús escolar? Si No

NIVEL DE GRADO DEL ESTUDIANTE: _____

INSCRIPCIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE COLUSA**Página 2 de 8**

Información para Padres/Guardián legal (REQUERIDO – Si necesita incluir más de 2 guardianes legales, comuníquese con la escuela)
Marque todo lo que corresponda (se requiere una copia de los documentos judiciales):

Orden de Restricción

Orden de la Corte

Disposiciones de Custodia Restringida

PADRE/GUARDIÁN LEGAL #1

Apellido	Primer Nombre	Email	
Celular o Teléfono Principal #	Teléfono del Trabajo #	Empleador	
Domicilio de Padre/Guardián	Cuidad	Estado	Código Postal
Domicilio postal de Padre/Guardián	Cuidad	Estado	Código Postal
Género: Masulino Femenino No-binario			
Preferencia de Comunicación:	Teléfono	Texto	Email

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Abuela | ☐ Padrastro |
| ☐ Abuelo | ☐ Padre |
| ☐ Cuidador | ☐ Padre Adoptivo |
| ☐ Hermano | ☐ Otro |
| ☐ Madrastra | ☐ Representate de la Agencia |
| ☐ Madre | ☐ Tía |
| ☐ Madre Adoptiva | ☐ Tío |
| | ☐ Tutor Designado por la corte |

NIVEL DE EDUCACIÓN DE GUARDIÁN

- | |
|--|
| ☐ Título de posgrado o Superior |
| ☐ Graduado de la Universidad |
| ☐ Un Título Universitario o Asociado |
| ☐ Graduado de Preparatoria |
| ☐ No es us Graduado de la preparatoria |
| ☐ Negarse a declarar |

¿VETERANO?:	Sí	No
-------------	----	----

PADRE/GUARDIÁN LEGAL #2

Apellido	Primer Nombre	Email	
Celular o Teléfono Principal #	Teléfono del Trabajo #	Empleador	
Domicilio de Padre/Guardián	Cuidad	Estado	Código Postal
Domicilio postal de Padre/Guardián	Cuidad	Estado	Código Postal
Género: Masulino Femenino No-binario			
Preferencia de comunicación:	Teléfono	Texto	Email

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Abuela | ☐ Padrastro |
| ☐ Abuelo | ☐ Padre |
| ☐ Cuidador | ☐ Padre Adoptivo |
| ☐ Hermano | ☐ Otro |
| ☐ Madrastra | ☐ Representate de la Agencia |
| ☐ Madre | ☐ Tía |
| ☐ Madre Adoptiva | ☐ Tío |
| | ☐ Tutor Designado por la corte |

NIVEL DE EDUCACIÓN DE GUARDIÁN

- | |
|--|
| ☐ Título de posgrado o Superior |
| ☐ Graduado de la Universidad |
| ☐ Un Título Universitario o Asociado |
| ☐ Graduado de Preparatoria |
| ☐ No es us Graduado de la preparatoria |
| ☐ Negarse a declarar |

¿VETERANO?:	Sí	No
-------------	----	----

Información de Contacto en caso de Emergencia: Por favor notifique a la escuela si alguna de las personas a continuación requiere acceso a asistencia, calificaciones e información sobre disciplina.

CONTACTO DE EMERGENCIA #1

Apellido	Primer Nombre	Email
Celular #	Teléfono de Trabajo #	Empleador
Domicilio	Ciudad	Estado
		Código Postal

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ Abuela | ☐ Padrastro |
| ☐ Abuelo | ☐ Padre |
| ☐ Cuidador | ☐ Padre Adoptivo |
| ☐ Hermano | ☐ Otro |
| ☐ Madrastra | ☐ Representante de la Agencia |
| ☐ Madre | ☐ Tía |
| ☐ Madre Adoptiva | ☐ Tío |
| | ☐ Tutor Designado por el Tribunal |

CONTACTO DE EMERGENCIA #2

Apellido	Primer Nombre	Email
Celular #	Teléfono de Trabajo #	Empleador
Domicilio	Ciudad	Estado
		Código Postal

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ Abuela | ☐ Padrastro |
| ☐ Abuelo | ☐ Padre |
| ☐ Cuidador | ☐ Padre Adoptivo |
| ☐ Hermano | ☐ Otro |
| ☐ Madrastra | ☐ Representante de la Agencia |
| ☐ Madre | ☐ Tía |
| ☐ Madre Adoptiva | ☐ Tío |
| | ☐ Tutor Designado por el Tribunal |

HERMANOS QUE VIVEN EN EL MISMO HOGAR QUE ESTE ESTUDIANTE:

Apellido	Primer	FDN	Edad	Escuela Actual
Apellido	Primer	FDN	Edad	Escuela Actual
Apellido	Primer	FDN	Edad	Escuela Actual

VIVIENDA

Por favor, indique la situación actual de vivienda para este estudiante(Seleccione 1):

- ☐ Una residencia fija, regular y adecuada (permanente)
- ☐ Vivir temporalmente con otra familia debido a dificultades económicas, falta de vivienda o similar
- ☐ Refugio o vivienda de transición
- ☐ Hotel / Motel
- ☐ Sin albergue (residencia nocturna primaria no se utiliza normalmente para dormir, es decir, parque, coche, otro, lugar público.

FAMILIA MILITAR

¿Estudiantes con un padre en servicio activo con las Fuerzas Armadas o un padre/guardián de la Guardia Nacional a tiempo completo en el ejército?

- ☐ Sí, este individuo es un miembro del ejército en servicio activo con las Fuerzas Armadas o la Guardia Nacional a tiempo completo.
- ☐ No, este individuo no es miembro de las Fuerzas Armadas ni de la Guardia Nacional a tiempo completo.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

La Ley Federal requiere que los distritos den a conocer la información del directorio estudiantil al ejército a menos que los padres notifiquen al Distrito que dicha información no se divulgará (EC 49061 – 49076). Por favor, ponga sus iniciales en la casilla apropiada con respecto a la publicación de esta información.

Sí - De acuerdo a divulgar información

No – No liberar información

LIBERACION DE FOTO

Por favor marque esta casilla si no desea que las fotos de su hijo se muestran en los sitios web controlados por el distrito y publicados en los boletines

PERMISO DE VIAJE LOCAL

Sí – Doy mi permiso para que mi hijo/a asista a excursiones locales (en la ciudad).

No – No doy mi permiso para que mi hijo asista a excursiones locales (en la ciudad).

INFORMACIÓN PROGRAMÁTICA Y AUTORIZACIÓN

Actualmente, su hijo recibe servicios de Educación Especial (IEP activo): Sí No

En caso sí, indique todo lo que corresponda: Recurso (RSP) Grave Hable / Lenguaje

Mi estudiante ha sido inscrito (marque todos los que apliquen):

- ☐ Programa de Educación Especial
- ☐ Educación para Dotados y Talentosos (Dotante)
- ☐ Aprendices de Inglés (EL) Programa
- ☐ Plan 504
- ☐ Otro (por favor explique): _____

ESCUELAS ANTERIORES

Escuela Reciente	Nombre de Distrito Escolar	Último Grado
Ciudad	Estado	País

¿Alguna vez ha reprobado al estudiante? Sí No Si es así, ¿qué nivel de grado? _____

¿Alguna vez ha sido expulsado el estudiante? Sí No

¿Actualmente el estudiante está suspendido o expulsado de otra escuela? Sí No

Si es así, por favor proporcione el nombre de la escuela: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA & SALUD DEL ESTUDIANTE

En caso de accidente u otra emergencia, cuando un padre o guardian no esté disponible, un representante de la escuela hará los arreglos que considere necesarios para que el niño reciba atención médica / hospitalaria, incluido el transporte necesario, de conformidad con su mejor juicio. Tal cuidado y tratamiento será realizado por un profesional de la salud con licencia.

Proveedor de Seguro de Salud	Seguro ID #	Preferencia de Hospital
------------------------------	-------------	-------------------------

EI ESTADO DE CALIFORNIA REQUIERE LAS SIGUIENTES VACUNAS:

Polio – 4 dosis a cualquier edad, sin embargo, 3 dosis cumplen el requisito para las edades de 4 a 6 años si se administró al menos una dentro de los 4 días posteriores al 4° cumpleaños o después; 3 dosis cumplen el requisito para las edades de 7 a 17 años si se administró al menos una en los 4 días posteriores o posteriores al 2° cumpleaños.

Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTP) – as menos 4 dosis (DTP, o una combinación de DToP y toxoides diftérico-tetánico) – el ultimo la dosis debe administrarse en o después del segundo cumpleaños del niño, esto cumple con los requisitos para edades de 7 a 17 años.

Refuerzo Tdap – Requerido para 7mo grado. 1 dosis en o después del 7mo cumpleaños cumple con los requisitos.

Sarampión, Paperas & Rubéola – Se requieren 2 dosis para las edades de 4 a 6 años, se requieren 2 dosis para el 7° grado o se requiere 1 dosis para las edades de 7 a 17 años. Todas las dosis deben ser en o después del primer cumpleaños de un niño.

Hepatitis B – al menos 3 dosis requeridas para las edades de 4-6 años – esta serie deben haber comenzado y estar a tiempo para la finalización.

Varicella (Chickenpox) – Se requiere 1 dosis para las edades de 4 a 6 años, se requiere 1 dosis para las edades 7 a 12 años, o se requieren 2 dosis para las edades de 13 a 17 años, o la documentación de la enfermedad por un médico.

HISTORIA DE SALUD

¿ Su hijo / hija tiene alguna condición que puede resultar en una emergencia? Sí No

Si es así, explique: _____

Tiene su hijo/hija una condición física que limita la participación en:

¿Actividad en la Aula? Sí No

¿Educación Física? Sí No

Si es así, explique: _____

¿Ha estado su niño en contacto con alguien con tuberculosis conocida ? Sí No

Si sí, ¿cuándo? _____

Sí, sí, fue la prueba de piel: Positiva Negativa

Si fue positiva, se realice una radiografía? Sí No ¿Si, sí, ¿cuándo/done? _____

Enfermedades pasadas. Por favor marque cualquiera de los siguientes síntomas que han sido notados recientemente.

☐ Sarampión (Rubéola 10 días) ☐ Sarampión (3 días) ☐ Fiebre Reumática ☐ Varicela ☐ Fiebre Escarlata ☐ Tos Ferina ☐ Paperas ☐ Difteria ☐ Otro:	☐ 4 or más resfriados por año ☐ Frecuente dolor de garganta ☐ Frecuente dolor de cabeza ☐ Visión borrosa ☐ Frecuente en las piemas o dolor en las articulaciones ☐ Dificultad en hablar ☐ Mareo ☐ Desmayos ☐ Otro:	☐ Dolor abdominal ☐ Frecuente urinación ☐ Tos persistente ☐ Infecciones del oído ☐ Frecuentes hemorragias de la nariz ☐ Sudores Nocturnos ☐ Se cansa fácilmente ☐ Falta de aliento ☐ Otro:
---	--	--

VISIÓN

- ☐ Condición conocida de los ojos (que no sean lentes correctivos)
- ☐ Usa Lentes
 - ☐ En todo momento
 - ☐ Solamente para leer
 - ☐ Fecha del ultimo examen:

AUDICIÓN

- ☐ Pérdida de audición permanente
- ☐ Infecciones frecuentes
 - ☐ En el pasado
 - ☐ Presente
- ☐ Audífono
 - ☐ Izquierda
 - ☐ Derecha
 - ☐ Fecha del ultimo examen: _____

¿Es necesario administrar medicamentos durante el horario escolar? Sí No

Debe estar archivado en la oficina un formulario de Autorización en la escuela para cualquier estudiante que tome medicamentos. Con o sin receta durante el horario escolar. Esta forma **DEBE SER REOVADA CADA AÑO.**

EL ESTUDIANTE TIENE LAS SIGUIENTES CONDICIONES

Adjunte páginas adicionales necesarias y marque aquí.

Administrar Durante
el horario escolar

Condiciones	Diagnóstico/Dosis de Medicina	SÍ	NO
☐ Asma ☐ Requiere medicación/inhalador**	☐ Diario ☐ Según sea necesario ☐ Con ejercicio		
☐ Diabetes** ☐ Tipo I ☐ Tipo II ☐ Requiere medicación	☐ Oral ☐ Pompa ☐ Inyectado		
☐ Problemas Cardíacos ☐ Requiere medicación ☐ Restricciones físicas	☐ Diagnóstico: 		
☐ ADHD / ADD ☐ Requiere medicación			
☐ Desorden de Convulsiones ** ☐ Requiere medicación	☐ Fecha de la última convulsión: 		
☐ Tomar medicamentos para otras condiciones: Lista de condiciones: 	☐ Lista de Medicación 		
☐ Reacciones Alérgicas Severas ☐ Dificultades Respiratorias ☐ Urticaria	☐ Alérgico: ☐ Epi-Pen ☐ Otro: 		
☐ Condiciones Ortopédicas ☐ Otro Limitación Física Lista de limitaciones: 	☐ Silla de Ruedas ☐ CCS ☐ Terapia Física ☐ Muletas ☐ Zapatos Correctivos / Frenos		
☐ Hospitalización	☐ Explique: 		

Comentarios		Comentarios	
☐ Alergias (Estacional)		☐ Problemas de Desarrollo	
☐ Problemas de comportamiento		☐ Problemas Emocionales	
☐ Problemas de Vejiga		☐ Lesión en la cabeza, concusión	
☐ Problemas Sangrante		☐ Migrañas	
☐ Problemas Intestinales		☐ Problemas Musculares	
☐ Parálisis Cerebral		☐ Problemas en Hablar	
☐ Fibrosis Quística		☐ Lesiones de la Columna Vertebral	
☐ Problemas Dentales		☐ Cirugía	

** Condición requiere un plan de salud. Cualquier condición anterior puede requerir un plan de atención médica. Todos los formularios se pueden obtener en la oficina de la escuela.

Código de Educación de California 49423 y 49408- El padre o tutor legal de los estudiantes que toman medicamentos en un horario regular deberá notificar a la enfermera de la escuela u otro empleado escolar designado del medicamento. Si en algún momento su hijo está enfermo o tiene una condición que cree que requiere que se le disculpe de recibir educación física por más de cinco (5) días, se requiere una explicación por escrito del médico de su hijo.

Por la presente autorizo la entrega de los archivos de mis estudiantes (incluyendo registros de salud, comportamiento, asistencia, Educación Especial / 504, y académico) de cualquier escuela en la que asistió previamente.

Última Escuela Asistida

Distrito Escolar

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Firma Padre / Tutor

Nombre IMPRESA del padre / tutor

Fecha