



**2010-2011 Año Escolar
Charter School of Morgan Hill
Información para Registrarse
Sección 1**

Aplicando para el grado _____

¿Está repitiendo este grado su hijo/a? Sí/No

Si Kinder, ES NECESARIO que su hijo/a cumpla 5 años antes del 1 de septiembre

1. INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE LEGAL DEL ALUMNO: _____			
	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
NOMBRE COMO SE CONOCE AL ALUMNO: APODO: _____ MASCULINO/FEMENINO (circle)			
FECHA DE NACIMIENTO: _____		LUGAR DE NACIMIENTO (Cdad., Edo.): _____	
DIRECCIÓN DEL ALUMNO: _____			
Calle y número		Ciudad/Estado/Código postal	
NÚMERO DE TELÉFONO DEL ALUMNO: (_____) _____			
DIRECCIÓN PARA RECIBIR CORREO (si es diferente): _____			
¿Vive dentro de los límites del Distrito Escolar de MH? Sí/No (circle)			
¿A cuál escuela pública está asignado según los límites? _____			

2. INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL

MADRE:		Circle uno
Nombre: _____		(natural, madrastra, madre de crianza)
Dirección: _____		
Teléfono de casa: _____		Correo electrónico: _____
Empleador: _____		Ocupación: _____
Teléfono de trabajo: _____		Celular _____
PADRE:		Circle uno
Nombre: _____		(natural, padrastro, padre de crianza)
Dirección: _____		
Teléfono de casa: _____		Correo electrónico: _____
Empleador: _____		Ocupación: _____
Teléfono de trabajo: _____		Celular _____
Teléfono de Trabajo: _____		Celular _____
TUTOR U OTRO PADRE RESPONSABLE DEL NIÑO(A) (si aplica):		Circle uno
Nombre: _____		(natural, padrastro, padre de crianza)
Dirección: _____		
Teléfono de casa: _____		Correo electrónico: _____
Empleador: _____		Ocupación: _____
Teléfono de trabajo: _____		Celular _____
TRABAJADOR(A) SOCIAL (si es hijo de acogida): _____		



Charter School of Morgan Hill
Información para Registrarse
Sección 1

La siguiente información será usada para el sistema de recolección de datos del Estado.

3. ENCUESTA SOBRE LOS IDIOMAS DEL HOGAR

¿QUÉ IDIOMA APRENDIÓ SU HIJO(A) CUANDO PRIMERO EMPEZÓ A HABLAR? _____

¿QUÉ IDIOMA USA SU HIJO(A) EN CASA CON MÁS FRECUENCIA? _____

¿QUÉ IDIOMA USA USTED CON MÁS FRECUENCIA CUANDO HABLA CON SU HIJO(A)? _____

¿QUÉ IDIOMA HABLAN CON MÁS FRECUENCIA LOS ADULTOS EN SU CASA? _____

¿LA FECHA EN QUE ENTRÓ SU HIJO(A) EN EL PAÍS SI FUE DURANTE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS? _____

¿DE CUÁL PAÍS ENTRÓ SU HIJO(A)? _____

4. DATOS DE RAZA Y ETNICIDAD. NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS PADRES. (Se necesita la información para los informes al estado.)

Etnicidad: (Escoja sólo una)
 ¿Es el estudiante: ___ hispano o latino o ___ ni hispano ni latino?

Raza: **TAMBIÉN**, favor de seleccionar una respuesta o más para indicar lo que usted considera que sea la raza de su estudiante.

___ Indio Americano o Nativo de Alaska

___ Asiático -----> Si Asiático o Isleño del Pacífico,

___ Isleño del Pacífico-----> marque todos los que apliquen:

___ Hispano o Latino	___ Chino	___ Japonés
___ Africano Americano (no de origen hispano)	___ Coreano	___ Vietnamita
___ Blanco (no de origen hispano)	___ Indio Asiático	___ Laosiano
	___ Camboyano	___ Otro Asiático
	___ Hawaiano	___ Guames
	___ Samoano	___ Tahitiano
	___ Filipino	___ Otro Isleño del Pacifico

Nivel de educación de los padres - **TAMBIÉN**, indique el nivel más alto de educación obtenido por cualquier de los padres del estudiante:

___ No graduado de Secundaria

___ Graduado de Secundaria

___ Algo de educación universitaria (incluye título de AA)

___ Graduado de Universidad

___ Estudios posgrados o Entrenamiento de educación posgrada

FIRMA DEL PADRE O TUTOR: _____ Fecha: _____

Gracias por dar a la escuela esta información.
Será usada de una manera apropiada y respetuosa.



Student Name (last, first) _____

Charter School of Morgan Hill Información para Registrarse Sección 1

5. ÚLTIMA ESCUELA ASISTIDA 5B. GRADO EN EL CUAL ESTÁ INSCRITO ACTUALMENTE: _____

Nombre de la Escuela		calle y número		
Ciudad	Estado	Código Postal	Distrito	Teléfono/correo electrónico

La siguiente información nos ayudará en la planeación y organización de los servicios de la escuela para que así la escuela pueda satisfacer las necesidades de los alumnos y las familias.

6. PROGRAMAS ESPECIALES

¿ESTÁ ACTUALMENTE EL ALUMNO EN ALGÚN PROGRAMA EDUCATIVO ESPECIAL? SÍ/NO (Circule)
 Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique:
 ___ Clase Especial de Día ___ Programa con Especialista de Recursos ___ Lenguaje
 ___ Consejero ___ Educación Física Adaptada ___ 504 Plan de Acomodación
 ___ Tutores después de la escuela
 ___ Otro (por favor especifique): _____
POR FAVOR ADJUNTE LA COPIA DEL IEP ACTUAL DEL ALUMNO O LA DOCUMENTACIÓN 504

7. INFORMACIÓN DE SALUD

POR FAVOR, MARQUE SI SU HIJO(A) TIENE:

___ Asma ___ Inhalador ___ Diabetes ___ Inyecciones de Insulina
 ___ Alergia a abejas ___ Epipen ___ Monitoreo de glucosa
 ___ Problemas Auditivos ___ Problemas de visión ___ Epilepsia durante el día escolar
 ___ Alergias Severas - Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? _____

¿Usa anteojos su hijo(a)? SÍ/No Aparato auditivo? SÍ/No
 ¿Usa otro aparato su hijo(a)? SÍ/No
 Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique: _____
 ¿Requiere su hijo(a) medicamento con regularidad? SÍ/No ¿Durante las horas de la escuela? SÍ/No Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique: _____

8. TRANSPORTACIÓN

A. Necesitaré asistencia con el transporte si mi hijo(a) asiste a la escuela CSMH. ___ SÍ ___ NO

B. Estoy interesado(a) en "carpooling"(tomar turnos para manejar) con otras familias de CSMH en mi vecindad. ___ SÍ ___ NO

FIRMA DEL PADRE O TUTOR: _____ Fecha: _____