

INGLEWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

401 S. INGLEWOOD AVENUE, INGLEWOOD, CALIFORNIA 90301 * TELÉFONO (310) 419-2700 *

Lista de Inscripción

Nombre del Estudiante:	Grado:
-------------------------------	---------------

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Prueba de Residencia
A. <u>Favor de proveer dos (2) documentos recientes con el nombre del padre/tutor legal:</u> <input type="checkbox"/> Recibos de impuestos de la propiedad <input type="checkbox"/> Talones de pago <input type="checkbox"/> Contrato del arrendador, contrato de renta, recibos de pago de renta <input type="checkbox"/> Registro de votante <input type="checkbox"/> Contrato, factura o pago de servicios de utilidades recientes <input type="checkbox"/> Correspondencia de una agencia gubernamental
B. Si usted reside o vive con otra persona (Referir a la oficina de Asistencia y Bienestar del Estudiante): <input type="checkbox"/> Padre /tutor legal debe completar la forma de Verificación Compartida y proveer los documentos requeridos.
C. <u>Otro (Referir a la Oficina de Asistencia y Bienestar del Estudiante):</u> <input type="checkbox"/> Para verificación de custodia legal, declaración jurada del cuidador legal, o verificación de hogar de adopción <input type="checkbox"/> McKinney-Vento Act (debe renovarse anualmente) <input type="checkbox"/> Permiso (si es aplicable)

Identificación Válida
<input type="checkbox"/> Padre, tutor legal, cuidador legal, o hogar de adopción debe proveer una tarjeta de identificación, licencia de conducir o pasaporte actual emitido por el gobierno.

Prueba de edad (solo uno (1) es requerido)
<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento <input type="checkbox"/> Certificado de Bautizo <input type="checkbox"/> Declaración Jurada de Edad

Prueba de Grado Actual / Escuela de Asistencia
<input type="checkbox"/> Documentos de transferencia de escuela previa <input type="checkbox"/> Transcripciones del 10 -12 grado (9 grado si es aplicable) <input type="checkbox"/> Último reporte de calificaciones de escuela previa <input type="checkbox"/> Resultados del CELDT (si es aplicable) <input type="checkbox"/> *IEP reciente (si el estudiante está recibiendo servicios de Educación Especial (no solamente en el lenguaje) el padre/tutor legal debe contactar a nuestra Oficina de Educación Especial al 310- 419-2775.

Registro de Salud/Inmunizaciones
<input type="checkbox"/> Forma de Historia de Salud <input type="checkbox"/> Registro completo de Inmunizaciones <input type="checkbox"/> Evaluación de Salud Oral (Examen Dental) para los nuevos estudiantes de Kínder o 1er (primer) grado Deberá ser completado y enviado a la escuela no más tarde del 31 de mayo, durante el primer año de la inscripción. <input type="checkbox"/> Record de Examen Físico para Kínder y 1er grado (debe tener la firma o sello de un médico)

Formularios de Inscripción
<input type="checkbox"/> Todas las formas completas <input type="checkbox"/> Tarjeta de emergencia <input type="checkbox"/> TK Acuerdo

INGLEWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

401 S. INGLEWOOD AVENUE, INGLEWOOD, CALIFORNIA 90301 * TELÉFONO (310) 419-2700 *

SOLO PARA USO ESCOLAR

Grade: _____ Teacher : _____

Intra-District Permit (Home School): _____

Inter-District Permit (District): _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

¿Ha sido el estudiante matriculado en el Distrito Unificado de Inglewood anteriormente? Si ___ No ___ Cuando? _____

_____	_____	_____
Apellido	Primer Nombre	Inicial de Segundo Nombre
_____	_____	
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	

_____	_____	Género
Dirección (NO DIRECCIÓN DE P.O. BOX)	Edad	<input type="checkbox"/> Femenino
_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculino
Ciudad Estado Zona Postal	Condado	Grado

INFORMACIÓN DE CONTACTO y NIVEL EDUCACIONAL DEL PADRE DE FAMILIA #1 <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor					
_____			_____ @ _____		
Nombre del Padre de Familia #1/ Guardián		Correo Electrónico			
_____	_____	_____			
Número de Teléfono de la Casa	Número de Teléfono Móvil	Número de Teléfono del Trabajo			
_____		_____	_____	_____	_____
Número y Calle del Empleador		Ciudad	Estado	Código Postal	
<input type="checkbox"/> Algunos estudios secundarios		<input type="checkbox"/> Graduado de la universidad		<input type="checkbox"/> Estudios posgrados	
<input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria		<input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios		<input type="checkbox"/> Ninguno	

INFORMACIÓN DE CONTACTO y NIVEL EDUCACIONAL DEL PADRE DE FAMILIA #2 <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor					
_____			_____ @ _____		
Nombre del Padre de Familia #2/ Guardián		Correo Electrónico			
_____	_____	_____			
Número de Teléfono de la Casa	Número de Teléfono Móvil	Número de Teléfono del Trabajo			
_____		_____	_____	_____	_____
Número y Calle del Empleador		Ciudad	Estado	Código Postal	
<input type="checkbox"/> Algunos estudios secundarios		<input type="checkbox"/> Graduada de la Universidad		<input type="checkbox"/> Estudios posgrados	
<input type="checkbox"/> Graduada de la escuela secundaria		<input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios		<input type="checkbox"/> Ninguno	

CONECTADO CON FAMILIA MILITAR: En un esfuerzo para proporcionar recursos y apoyo a estudiantes y sus familias conectados con Militares responda lo siguiente:	Miembro Militar Inmediato en la familia (en servicio activo, guardia, reserva, o veterano): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Relación con el estudiante: _____	Actualmente desplegado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Subdivisión Militar: _____ Situación: <input type="checkbox"/> Servicio Activo; <input type="checkbox"/> Guardia; <input type="checkbox"/> Reserva; <input type="checkbox"/> Veterano; <input type="checkbox"/> Fallecido
--	---	--

El/La estudiante vive con:

<input type="checkbox"/> Ambos padres	<input type="checkbox"/> Solo con la madre	<input type="checkbox"/> Solo con el padre	<input type="checkbox"/> Guardián	<input type="checkbox"/> Otro
---------------------------------------	--	--	-----------------------------------	-------------------------------

Apellido del Estudiante: _____

Nombre: _____

Numero de ID# _____

Escuelas: _____

INGLEWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

401 S. INGLEWOOD AVENUE, INGLEWOOD, CALIFORNIA 90301 * TELÉFONO (310) 419-2700 *

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU NIÑO/A? (Por favor elija uno):

<input type="checkbox"/> Hispano o Latino (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano u otra cultura u origen español, sin importar la raza)	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
---	---

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU NIÑO/A? (Por favor elija uno, puede elegir hasta cinco):

<i>Sin importar cuál sea el origen étnico que seleccionó anteriormente, elija por lo menos uno para indicar su raza.</i>		
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (100) (Personas con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Norte, Centro y Sur América)	<input type="checkbox"/> Laos (206)	<input type="checkbox"/> Blanco (700) (Personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, América del Norte y Oriente Medio)
<input type="checkbox"/> Chino (201)	<input type="checkbox"/> Camboyano (207)	<input type="checkbox"/> Samoano (303)
<input type="checkbox"/> Japonés (202)	<input type="checkbox"/> Hmong (208)	<input type="checkbox"/> Tahitian (304)
<input type="checkbox"/> Coreano (203)	<input type="checkbox"/> Otro Asiático (299)	<input type="checkbox"/> Otro de las Islas del Pacífico (399)
<input type="checkbox"/> Vietnamita (204)	<input type="checkbox"/> Hawaiano (302)	<input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano (400)
<input type="checkbox"/> Indio Asiático (205)	<input type="checkbox"/> Guameño (302)	<input type="checkbox"/> Africano Americano o Negro (600)

ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se habla o los idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Su cooperación respondiendo las siguientes preguntas ayudará a cumplir este requisito importante. Cuando un idioma distinto al Inglés se identifica en las preguntas 1, 2, o 3, se les requiere a los distritos evaluar al alumno usando el Examen de Desarrollo del Idioma Inglés de California (CELDT). (CA Ed Code 313, 60810 and 60812)

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo/a cuando primero empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo/a con más frecuencia en el hogar? _____
3. ¿Qué idioma usa con más frecuencia cuando habla con su hijo/a? _____
4. Identifique el idioma que los adultos usan en casa con más frecuencia: _____

Si un idioma distinto al Inglés se identificó en las preguntas 1, 2 o 3, usted será contactado para programar una evaluación de CELDT. Los padres no pueden optar que sus estudiantes no tomen el examen CELDT. La puntuación del examen CELDT ayudará a las escuelas proporcionar instrucción significativa para los estudiantes.

¿En qué idioma desea recibir comunicación por escrita de la escuela? Inglés Español Los Dos

EDUCACIÓN ESPECIAL

¿Tiene su hijo/a un IEP? Sí No (IEP Vigente / IEP Previo) En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Clases de Día Especiales (SDC) | <input type="checkbox"/> Educación Física Adaptada | <input type="checkbox"/> Programa de Lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Programa de Especialista de Recursos (RSP) | <input type="checkbox"/> Servicios de Instrucción Designados (DIS) | |
| <input type="checkbox"/> Otro: Por favor especifique: _____ | | |

OTROS PROGRAMAS ESPECIALES (Por favor marque todos los que le correspondan):

- | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Programa de Título I | <input type="checkbox"/> SARB | <input type="checkbox"/> Plan 504 | <input type="checkbox"/> McKinney Vento | <input type="checkbox"/> Jóvenes bajo crianza temporal |
| <input type="checkbox"/> Libertad Condicional | <input type="checkbox"/> Programa de Desarrollo del Idioma Inglés (ELD) | | | |
| <input type="checkbox"/> Educación para Dotados y Talentosos (GATE) | <input type="checkbox"/> Continuación | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: Por favor especifique _____ | | | | |

HISTORIA ESCOLAR

Última escuela que asistió	Número/Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono	Grado	Fecha de salida		

INGLEWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

401 S. INGLEWOOD AVENUE, INGLEWOOD, CALIFORNIA 90301 * TELÉFONO (310) 419-2700 *

HISTORIA ESCOLAR (cont.)

Fecha que el estudiante fue matriculado por primera vez en una escuela en los Estados Unidos (kínder o grado superior): _____

¿Ha sido el estudiante previamente inscrito en una escuela del Distrito de Inglewood Sí No
En caso afirmativo, nombre de la escuela: _____ Grado: _____
nombre de la escuela: _____ Grado: _____

Fecha que el estudiante fue matriculado por primera vez en una escuela de California: _____

¿Ha sido el estudiante matriculado en las Escuelas Unificadas de Inglewood anteriormente? Sí No
En caso afirmativo, nombre de la escuela: _____ ¿Qué grados? _____

¿Ha sido el estudiante retenido? Sí No ¿En caso afirmativo, qué grados? _____

Si el estudiante está en los grados 10 a 12 y ha tomado el Examen de Salida de Escuela Secundaria de California (CAHSEE), adjunte una copia de los resultados más recientes.

Certifico que mi hijo/hija:

_____ No está bajo una orden de expulsión o recomendado/a para expulsión por otro distrito escolar.
_____ Está actualmente bajo expulsión o recomendado/a para expulsión por el distrito escolar _____.

CUIDADO DE SALUD

¿Tiene su hijo/a un médico de familia? Sí No

¿En caso afirmativo, cuál es la información del médico? _____
Nombre Dirección Número de Teléfono

¿Tiene su familia seguro médico? Sí No

¿Usa su estudiante lentes correctivos? Sí No

Haga una lista de los problemas de salud que tiene su estudiante: _____

¿Qué medicamentos prescritos toma su estudiante con regularidad? Sí No En caso afirmativo, por favor explique

¿Necesita su estudiante tomar estos medicamentos en la escuela? Sí No En caso afirmativo, por favor explique (también tendrá que completar un formulario de medicamentos):

Yo estoy consciente que la falsificación de información invalidará una futura consideración para asistir el Distrito Escolar Unificado de Inglewood.

_____ Fecha

Firma del Padre/Guardián

INGLEWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

401 S. INGLEWOOD AVENUE, INGLEWOOD, CALIFORNIA 90301 * TELÉFONO (310) 419-2700 *

INFORMACIÓN DE CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA 20__ a 20__

Apellido del Estudiante _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____ Fecha _____
_____ M _____ F _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Número de Teléfono _____

Información de los Padres o Guardián: Lenguaje de Comunicación Preferido _____

Nombre _____ Relación _____ Dirección, si diferente a la de arriba _____ Número de Teléfono de Casa _____ Correo Electrónico _____

Lugar de Empleo _____ Dirección de Empleo _____ Número de Trabajo _____ Número de Celular _____

Nombre _____ Relación _____ Dirección, si diferente a la de arriba _____ Número de Teléfono de Casa _____ Correo Electrónico _____

Lugar de Empleo _____ Dirección de Empleo _____ Número de Trabajo _____ Número de Celular _____

El/La estudiante/a vive con (circule uno): **Ambos Padres** **Sólo con la Madre** **Sólo con el Padre** **Guardián** **Otro:** _____

Hermano/a: _____ Grado: _____ Edad _____ Sexo: __ M __ F Escuela de Asistencia: _____

Hermano/a: _____ Grado: _____ Edad _____ Sexo: __ M __ F Escuela de Asistencia: _____

Hermano/a: _____ Grado: _____ Edad _____ Sexo: __ M __ F Escuela de Asistencia: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES

En caso de emergencia y los padres no se pudieran contactar, puede comunicarse o entregar a mi hijo/a a:

Nombre	Relación	Dirección	Número de Teléfono	Número de Trabajo
_____	_____	_____	_____	_____
Nombre	Relación	Dirección	Número de Teléfono	Número de Trabajo
_____	_____	_____	_____	_____
Nombre	Relación	Dirección	Número de Teléfono	Número de Trabajo
_____	_____	_____	_____	_____
Nombre	Relación	Dirección	Número de Teléfono	Número de Trabajo
_____	_____	_____	_____	_____

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD

Por favor haga lista de cualquier condición médica que pueda resultar en una emergencia en la clase: _____

Por favor haga lista de cualquier alergia que su niño/a tiene, si alguna: _____

¿Está su hijo tomando medicamentos? Sí No En caso afirmativo, haga lista de los medicamentos y sus dosis: _____

Nombre del médico y número de teléfono: _____

Con mi firma a continuación, afirmo que la información proporcionada arriba de este formulario es precisa y correcta.

FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN

FECHA

INGLEWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

401 S. INGLEWOOD AVENUE, INGLEWOOD, CALIFORNIA 90301 * TELÉFONO (310) 419-2700 *

ACTUALIZACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ M ____ F ____

AÑO ESCOLAR: _____ SALÓN: _____ GRADO: _____

ALERGIA(S) SEVERAS Complete **SOLAMENTE** si su hijo/a tiene alergias severas:

Mi hijo tiene una reacción alérgica severa a lo siguiente: _____

¿Será necesaria medicación de emergencia en la escuela? Sí No En caso afirmativo, contacte la oficina de la escuela para las formas apropiadas.

Medicamentos para la alergia tomados en el hogar: _____

Medicamentos para la alergia tomados en la escuela: _____

Comentarios/ Instrucciones Especiales: _____

Por favor presente un Plan de Acción de parte del médico, si lo tiene disponible

Complete este formulario **SOLAMENTE** si su hijo tiene asma o alergias severas.

ASMA Sí No Especifique: _____

Estado actual del asma de su hijo/a (Por favor elija uno) _____ Leve _____ Moderado _____ Severo

¿Usa su hijo un inhalador "según sea necesario"? Sí No

¿Necesita su hijo/a medicamentos en la escuela para el Asma? Sí No (si contesto Sí comuníquese con la Oficina de Salud en la escuela para llenar las formas apropiadas para tener medicamentos disponibles en la escuela)

Medicamentos para el Asma tomados: _____

Por favor, identifique las cosas que provocan episodios de Asma en su hijo/a: _____

Médico del Asma: _____ Número de Teléfono: _____

Por favor presente un Plan de Acción de parte del médico, si lo tiene disponible

¿TIENE SU HIJO?

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| ALERGIAS | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Especifique: _____ |
| PICADURA DE ABEJA | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Especifique: _____ |
| DIABETES | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Especifique: _____ |
| INFECCIÓN DEL OIDO | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Especifique: _____ |
| ATAQUES | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Especifique: _____ |
| CONDICIÓN DE CORAZÓN | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Especifique: _____ |
| CANCER | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Especifique: _____ |
| SANGRE DE NARIZ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Especifique: _____ |
| PROBLEMAS ORTOPÉDICOS | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Especifique: _____ |
| OTRO | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Especifique: _____ |

INGLEWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

401 S. INGLEWOOD AVENUE, INGLEWOOD, CALIFORNIA 90301 * TELÉFONO (310) 419-2700 *

¿HA TENIDO SU HIJO/A?

Varicela Sí No Especifique: _____
Una Enfermedad Grave Sí No Especifique: _____
Cirugía Sí No Especifique: _____

¿SU HIJO/A TIENE?

¿Problemas para ver de cerca el trabajo? Sí No Especifique: _____
¿Problemas de audición? Sí No Especifique: _____
¿Otros problemas médicos o restricciones físicas?
 Sí No Especifique: _____

¿SU HIJO/A?

¿Toma medicamentos diariamente? Sí No Especifique: _____
¿Toma medicamentos de emergencia? Sí No Especifique: _____

PÓLIZA DE MEDICAMENTOS

La ley estatal y la póliza del distrito requieren el permiso del doctor y de los padres para cualquier medicamento que sea administrado en la escuela. Usted puede obtener los formularios necesarios en la oficina de salud. Todos los medicamentos DEBEN estar en el envase de prescripción con el nombre del estudiante, nombre del medicamento, la dosis y el nombre del doctor que prescribe en el envase. No se aceptan medicamentos que se "compran en el mostrador" como pastillas para la tos, medicina para la gripe, medicina para el dolor (por ejemplo Tylenol), etc., que pueden ser tomadas sin la receta de un médico. Todos los medicamentos se guardaran en la oficina de la salud y serán supervisadas por un adulto. Solo bajo ciertas circunstancias, los estudiantes podrán llevar medicina de emergencia con ellos.

Cualquier restricción física deberá ser confirmada por escrito por su doctor, especificando tipo y duración de la restricción. (Por ejemplo yeso, muletas, sillas de ruedas, vendajes, puntadas, lentes para el sol y zapatos con los dedos expuestos, etc.)

Favor de traer una copia con los registros de vacunas de su hijo/a para mantener actualizados nuestros registros.

Favor de traer una copia con los registros de vacunas de su hijo/a para mantener actualizados nuestros registros.

Firma del Padre o tutor: _____ Fecha: _____

INGLEWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

401 S. INGLEWOOD AVENUE, INGLEWOOD, CALIFORNIA 90301 * TELÉFONO (310) 419-2700 *

PARA USO DE OFICINA
Si ellos seleccionaron "NO" en la pregunta número
(1) referir a CWA

CUESTIONARIO/DECLARACIÓN JURADA SOBRE LA RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

La finalidad de este documento es en referencia a la ley **McKinney-Vento** para ayuda a las personas sin hogar (**Mc-Kinney-Vento Assistance Act**). Sus respuestas ayudaran a determinar qué documentos son necesarios para matricular a su hijo con rapidez (**debe renovarse anualmente**).

Nombre del Estudiante: _____ (M ____ F ____)

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

1. ¿Viven usted y su hijo(a) en una residencia regular y fija adecuada para pasar la noche? *Sí* ____ *No* ____

(Si respondió "Sí", deténgase aquí. Como prueba de residencia, debe suministrar una factura de gas o electricidad a su nombre. Si respondió "NO", continúe llenando el formulario.

2. Viven usted y su hijo(a) en:

- refugio
- motel/hotel
- temporalmente con otra familia en una casa, casa móvil, o apartamento
- automóvil o vehículo recreativo (RV)
- campamento
- vivienda de transición
- otro lugar _____

3. El estudiante vive con:

- uno de los padres
- los dos padres
- un familiar calilficado
- amigo (s)
- un adulto que no es tutor legal
- solo, sin ningún adulto

4. Yo:

- soy el padre/madre o tutor legal del estudiante nombrado anteriormente
 - soy un adulto calificado, familiar del estudiante nombrado anteriormente
- (Parentesco: _____)

Declaro, bajo la pena de perjurio de conformidad con las leyes del Estado de California que la información Anterior es verdadera y correcta y tengo de la misma un conocimiento personal.

Firma: _____ Fecha: _____

Escriba su nombre con letra de imprenta: _____

Residencia: _____
Calle Ciudad Código Postal

Dirección: _____
Calle Ciudad Código Postal

Teléfono: (_____) _____ No de Celular: (_____) _____

INGLEWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

401 S. INGLEWOOD AVENUE, INGLEWOOD, CALIFORNIA 90301 * TELÉFONO (310) 419-2700 *

AUTORIZACIÓN PARA LA FOTOGRAFIAR, GRABACIONES EN VIDEO

Doy mi consentimiento a la grabación en vídeo, la fotografía, o cualquier otra grabación electrónica de:

Nombre del Estudiante

Además, autorizo el uso de tales reproducciones para propósitos educativos, incluyendo, pero no limitado a, uso para el entrenamiento de maestros y servicios y/o la publicación en el sitio web del Distrito o otras publicaciones relacionadas con las actividades escolares. Entiendo que ninguna compensación monetaria ahora o en el futuro se prestará a él estudiante o sus padres o tutor legal por el uso de esas reproducciones con propósitos educativos o relacionados con la escuela de parte del distrito.

A condición de la participación de mi hijo, estoy de acuerdo a renunciar todo reclamo contra el Distrito Escolar Unificado de Inglewood y para indemnizar y mantener al Distrito Inglewood Escolar, el Superintendente, su Directorio, funcionarios, agentes y empleados, de cualquier y toda responsabilidad o reclamaciones, demandas, pérdidas, causas de acción, demandas o juicios de cualquier naturaleza que yo, mis herederos, ejecutores, administradores o apoderados pueden tener en contra del Distrito o cualquier otra persona o entidad pueda tener contra el distrito, debido a los daños personales, físicos lesiones o daños a la propiedad o pérdida que pueda surgir de o en modo alguno relacionados con la actividad descrita anteriormente. Esta exención no se aplicará a cualquier incidencia que pueda surgir exclusivamente como consecuencia de la negligencia del Distrito, sus empleados o agentes.

Nombre del Padre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DEL ESTUDIANTE PARA UTILIZAR LA TECNOLOGIA DEL DISTRITO

Como estudiante en el Distrito Escolar Unificado de Inglewood, entiendo que antes de ser autorizado a utilizar una computadora del distrito o acceder a Internet proporcionado por el Distrito, estoy de acuerdo a seguir las reglas e instrucciones para el uso aceptable, tal como se describe en el Plan de Tecnología del Distrito. Estas reglas y normas incluyen el uso de Internet adecuadamente, respetando el trabajo de otros estudiantes y las personas, el cuidado de hardware, software y equipo e informar todo lo que puede ocurrir mal con una computadora del distrito a un maestro o administrador. El incumplimiento de cualquiera de las reglas y directrices anteriores puede resultar en que los privilegios tecnológicos de un estudiante sean revocados o limitados.

Nombre del Estudiante: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

INGLEWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

401 S. INGLEWOOD AVENUE, INGLEWOOD, CALIFORNIA 90301 * TELÉFONO (310) 419-2700 *

NOTIFICACIÓN A LOS PADRES DE UN POSIBLE CAMBIO DE CLASE O DE ASIGNACIÓN DE ESCUELA

Gracias por confiar en el Distrito Escolar Unificado de Inglewood para servir las necesidades educativas de su hijo/a. Estamos muy agradecidos de darle la bienvenida a nuestro distrito.

En este momento, su hijo/a ha sido colocado en su Escuela de Hogar. Para maximizar el espacio en nuestras escuelas y tomar cuenta de los estudiantes que no regresarán durante este nuevo año escolar, algunos niveles de grado y clases se puedan llenar temporalmente más allá de los límites de capacidad. Una semana después del primer día de escuela, el distrito evaluará los números en todas las escuelas. Las aulas que permanecerán sobre capacidad pueden requerir reestructuración para reducir el tamaño de las clases e igualar los números de todo el distrito.

Como resultado, algunos estudiantes puedan tener que cambiarse a otra clase o, posiblemente, a otra escuela dentro del distrito. Los estudiantes serán seleccionados de manera equitativa, en base a la fecha del último matriculado.

El Distrito Escolar Unificado de Inglewood se reserva el derecho de modificar la asignación de un estudiante para mantener el tamaño de las clases razonables en todo el Distrito, como se describió anteriormente. Su firma indica que usted ha sido informado de la póliza mencionada arriba y comprende sus implicaciones.

Nombre del Padre: _____ Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____ Grade: _____

Escuela Asignada: _____

**Acuerdo para el estudiante para participar en
Kínder de Transición**

La ley de California establece que cualquier niño/a que cumple 5 años entre el **2 de septiembre y el 2 de diciembre de 2016**, podrá participar en un programa de kínder de niños por dos años. El primer año se llama “Kínder de Transición.” Para el Segundo año de este programa de dos años, el niño será inscrito en Kínder Tradicional. Este programa será un Puente entre el preescolar y el kínder y dará a los niños la oportunidad de aprender importantes habilidades académicas y sociales de una manera práctica que apoya su desarrollo.

Esto es importante porque las normas y planes de estudios de Kínder en California han cambiado con los años, y muchas de las habilidades de los niños que se enseñaban en primer grado ahora se espera que lo dominen en kínder. El Kínder de transición es una nueva opción maravillosa que permitirá a las familias dar a sus hijos el regalo de tiempo para el desarrollarse a su propio ritmo y continuar la construcción de las habilidades sociales, emocionales y académicas que ayudaran a tener éxito en la escuela primaria.

Llenando la parte inferior significa que usted está interesado en inscribir a su hijo en el Kínder de Transición y que entiende que es parte de un programa de Kínder de dos años.

Por favor escriba letra de imprenta:

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Escuela que asiste: _____

Dirección: _____

Dirección de Correo electrónico de los padres:

Teléfono de la casa: _____ Teléfono Celular: _____

Firma del Padre/tutor: _____

Fecha: _____

Tenga en cuenta: El programa de Kínder de Transición depende de la actual Ley del Estado de California que permanece en efecto.

Sólo para uso oficina: Fecha que se recibió _____

INGLEWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

401 S. INGLEWOOD AVENUE, INGLEWOOD, CALIFORNIA 90301 * TELÉFONO (310) 419-2700 *

Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor).

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del Segundo Nombre:	Fecha de nacimiento Del menor:
Domicilio:		Apartamento#	
Ciudad:		Código Postal	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii /Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California

[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

Fecha de la Evaluación	Incidencia de caries (Caries visibles y/o Empastes presentes) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Caries Visibles <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Urgencia de tratamiento: (treatment Urgency) <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio (No Obvios problema found) <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o Infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando).
Firma del profesional de salud dental matriculado (Licensed Dental Professional Signature)		Número de matrícula de CA CA License Number	Fecha

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo
 El plan de seguro dental de mi hijo.

Medi-Cal/ Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno

No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo

No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental: _____

Si pide ser eximido de este requisito: ► _____

Firma del padre, madre o tutor *Fecha*

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.