



FORMA DE INSCRIPCIÓN PARA NUEVO ESTUDIANTE

Entity #	Start Date	Other ID	DOB Verified	Grade
Proof of Residency	PM Plan	Food Service PIN	Program	
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE				
Nombre del Estudiante: Apellidos	Primer Nombre	Segundo Nombre	Otro nombre que usó en el pasado	
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Género:	Lugar de Nacimiento (ciudad, estado/condado/pais)		
INFORMACIÓN DE LA ETNIA Y RAZA				
¿Se identifica su hijo como Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué raza se identifica su hijo? Consultar la Lista de Etnias y Razas			
PERMISO PARA DISTRIBUIR DATOS DEMOGRÁFICOS		NECESIDAD DE INTÉRPRETE		
<input type="checkbox"/> Militares	<input type="checkbox"/> Educación Universitaria	<input type="checkbox"/> Medios de Comunicación Externos	¿Necesita Intérprete para conferencias? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<input type="checkbox"/> Publicaciones Deportivas	<input type="checkbox"/> Anuario			
PROGRAMAS ANTERIORES EN LOS QUE PARTICIPÓ EL ESTUDIANTE				
<input type="checkbox"/> Ed. Especial/IEP	<input type="checkbox"/> HiCap	<input type="checkbox"/> LAP	<input type="checkbox"/> ELL	<input type="checkbox"/> 504 Otro: _____
HISTORIAL DE INSCRIPCIÓN ESCOLAR				
¿Ha estado su hijo inscrito alguna vez en el Distrito Escolar "VPS"? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	En caso afirmativo, cuándo y dónde:		Escuela anterior/Centro de Cuidado de Niños:	
Otros estudiantes en el hogar que asisten a "VPS":				
FAMILIA (PADRE-MADRE/TUTOR) CON QUIEN RESIDE EL NIÑO PRIMORDIALMENTE				
Datos de persona de contacto #1 Nombre del Padre-Madre/Tutor : (Apellidos, Primer Nombre, Segundo Nombre)	Relación : <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra / Padrastra <input type="checkbox"/> Otra _____		Teléfono Principal:	
Dirección de correo electrónico:	Teléfono del Trabajo:		Número para recibir mensajes de texto:	
Datos de persona de contacto #2 Nombre del Padre-Madre/Tutor : (Apellidos, Primer Nombre, Segundo Nombre)	Relación : <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra / Padrastra <input type="checkbox"/> Otra _____		Teléfono del Trabajo:	
Dirección de Correo Electrónico:			Número para recibir mensajes de texto:	
Dirección de la Casa:			Ciudad/Estado/Código Postal + 4:	
Dirección de Correo si es diferente a la anterior:			Ciudad/Estado/Código Postal + 4:	
¿Es uno de los padres militar activo en la actualidad?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, en qué rama:				
FAMILIA SIN CUSTODIA				
Nombre del Padre-Madre/Tutor : (Apellidos, Primer Nombre, Segundo Nombre)	Relación : <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otra _____		¿Es uno de los padres militar activo en la actualidad?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es así, en qué rama:	
Nombre del Padre-Madre/Tutor : (Apellidos, Primer Nombre, Segundo Nombre)	Relación : <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otra _____		¿Puede recibir boleta de calificaciones/correos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Dirección si es diferente a la anterior:			Ciudad/Estado/Código Postal + 4	
Teléfono Principal:	Teléfono del Trabajo:		Número para recibir mensajes de texto :	
Dirección de Correo Electrónico:				

**HAY ALGUNA RESTRICCIÓN LEGAL
SI ES ASÍ, TODOS LOS DOCUMENTOS LEGALES DEBEN ESTAR ARCHIVADOS EN LA ESCUELA PARA REFORZAR SU
CUMPLIMIENTO**

- No** **Sí** ¿Hay algún plan de crianza establecido? Si responde "sí": Deberá entregar papeles legales a la escuela para imponer la restricción.
- No** **Sí** ¿Puede la familia sin custodia tener acceso a los reportes de la escuela, visitar la escuela y recoger al estudiante? Si responde "no": Deberá entregar papeles legales a la escuela para imponer la restricción
- No** **Sí** ¿Se encuentra actualmente en vigor alguna orden judicial de no-contacto en el Estado de Washington? Si responde "sí": Deberá entregar papeles legales a la escuela para imponer la restricción ¿Nombre de la persona contra la cual es la orden de protección? : _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA (que no sean los padres ni tutores)

Contacto de Emergencia #1
(Apellidos, Primer Nombre, Segundo Nombre) **¿Puede recoger al estudiante** No Sí

Relación: _____

Dirección:

1^{er} Teléfono

2^o Teléfono

3^{er} Teléfono

Contacto de Emergencia #2
(Apellidos, Primer Nombre, Segundo Nombre)

¿Puede recoger al estudiante No Sí

Relación: _____

Dirección:

1^{er} Teléfono

2^o Teléfono

3^{er} Teléfono

Contacto de Emergencia #3
(Apellidos, Primer Nombre, Segundo Nombre)

¿Puede recoger al estudiante No Sí

Relación: _____

Dirección:

1^{er} Teléfono

2^o Teléfono

3^{er} Teléfono

SÓLO PARA PREESCOLAR HASTA EL 3^{ER} GRADO

¿Su hijo asistió a la Escuela
Preescolar? Sí No

En caso afirmativo: ¿Cuántas
horas por semana:

Nombre(s) de la Escuela Preescolar:

¿TIENE SU HIJO ALGUNA AFECCIÓN DE SALUD QUE PONE EN PELIGRO SU VIDA?

No Sí

En caso afirmativo, se requiere información adicional antes de la inscripción de su hijo. De acuerdo con RCW 28A.210.320: Niños con afecciones de salud que ponen en peligro su vida - Órdenes de medicación o tratamiento-la orden de la medicación o tratamiento debe mencionar la condición que padece el estudiante y la misma debe estar archivada en el distrito escolar antes de que el niño asista a la escuela o programa del distrito. Según la ley "afección que amenaza la vida" significa una condición de salud que pondrá al niño en peligro de muerte durante el día escolar si no existe una orden de administrar medicamentos o tratamiento.

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que la información en esta forma es verdadera y exacta a partir de esta fecha. Entiendo que la falsificación de la información para lograr la inscripción o asignación puede ser causa de revocación de la inscripción o asignación del estudiante en el Distrito Escolar "Vancouver Public Schools" y sus programas.

Firma del Padre/Madre/Tutor

Nombre en Letra de Imprenta

Fecha