

**Distrito Escolar de Olympia**  
**SOLICITUD DE MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE**

Fecha de Recibo: \_\_\_\_\_

**ALERTA ATENCIÓN**

ESCUELA \_\_\_\_\_

Legal  Médica

NO ESCRIBA EN EL AREA GRIS – SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA

<b>FECHA DE COMIENZO ESCOLAR</b> (Mes/Día/Año)	<b>MAESTRA/CONSEJERO</b>	<b>NUMERO DE AULA</b>	<b>CASILLERO</b>	<b>FECHA DE SALIDA</b> (Mes/Día/Año)
---	--------------------------	-----------------------	------------------	---

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE: APELLIDO LEGAL</b>	<b>NOMBRE LEGAL</b>	<b>SEGUNDO NOMBRE LEGAL</b>
--	---------------------	-----------------------------

**El nombre del estudiante ¿ha cambiado legalmente?**  Sí  No **Nombre Preferido:**  
 Si cambió, ¿cuál era el nombre o nombres anteriores?

**FECHA DE NACIMIENTO:** (Mes/Día/Año) **Verificación de Edad:**  Sí  No  
 (p.ej. certificado de nacimiento, certificado del hospital o doctor mostrando la fecha de nacimiento, o documento de adopción)

**GRADO:** **GENERO LEGAL:**  Hembra  Varón  X

**DIRECCIÓN FÍSICA:** (donde vive el estudiante)

Calle \_\_\_\_\_ Apartamento # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Verificación de la Afirmación de Residencia Recibida:**  Sí  No

**¿Residente Escolar?**  Sí  
 No, Estudiante de Traslado Escuela Asignada: \_\_\_\_\_  Formulario de Traslado dentro del Distrito Completado

**¿Reside en el Distrito?**  Sí  
 No, Estudiante Traslado Distrito de Residencia: \_\_\_\_\_  Formulario de Traslado fuera del Distrito Completado

¿Acaso es usted, el padre/madre/Guardián legal, un empleado a tiempo completo del Distrito Escolar de Olympia?  Sí  No  
 Si lo es, en donde: \_\_\_\_\_

**SUBVENCIÓN FEDERAL / FAMILIAS MILITARES:**

La ley estatal nos obliga a preguntar a todos los estudiantes sobre su estatus de conexión militar. Además, la Ley numero 874 permite el recibo de fondos adicionales para el distrito por estudiantes de familias que viven o trabajan en terrenos federales.

Terreno Federal:  Vive en una ruta Federal  Trabaja en un Terreno Federal  No se aplica

**FAMILIAS MILITARES:**  N/A  Retirada Sin Afiliación  Prefiero no contestar

Guardián Principal 1  Guardián Principal 2

Servicio Activo: \_\_\_\_\_ Servicio Activo: \_\_\_\_\_

Reserva: \_\_\_\_\_ Reserva: \_\_\_\_\_

Guardia Nacional: \_\_\_\_\_ Guardia Nacional: \_\_\_\_\_

<b>ESTUDIANTE VIVE CON:</b> <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre solamente <input type="checkbox"/> Madre solamente <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> Madre/Padrastro <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>GUARDIÁN PRINCIPAL 1</b> (padre/madre/Guardián legal quien vive con el estudiante) Apellido _____ Nombre _____ <b>DIRECCIÓN POSTAL</b> (Si es diferente de arriba) (Calle/Apto. #, Ciudad, Estado, Código Postal) _____ _____	<b>TELÉFONO DEL GUARDIÁN PRINCIPAL 1</b> <input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> privado <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____
	<b>GUARDIÁN PRINCIPAL 2</b> (padre/madre/Guardián legal quien vive con el estudiante) Apellido: _____ Nombre: _____	<b>TELÉFONO DEL GUARDIÁN 2</b> <input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> privado <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo Electrónico _____

EMPLEADOR DEL GUARDIÁN PRINCIPAL 1 (Nombre de la Compañía) Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

EMPLEADOR DEL GUARDIÁN PRINCIPAL 2 (Nombre de la Compañía) Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

**SEGUNDO HOGAR**

(padre/madre/Guardián sin custodia que no vive con el estudiante)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

**PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Padre           | <input type="checkbox"/> Guardián            |
| <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra | <input type="checkbox"/> Sí mismo            |
| <input type="checkbox"/> Madre           | <input type="checkbox"/> Agencia             |
| <input type="checkbox"/> Madre/Padrastro | <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra |
| <input type="checkbox"/> Abuelos         | <input type="checkbox"/> Otro                |

**TELÉFONO EN EL SEGUNDO HOGAR**

- Casa \_\_\_\_\_  privado
- Trabajo \_\_\_\_\_
- Celular \_\_\_\_\_
- Correo electrónico \_\_\_\_\_

**SEGUNDO HOGAR** (padre/madre/Guardián sin custodia quien no vive con el estudiante)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DEL SEGUNDO HOGAR** (Calle/Apto., Ciudad, Estado, Código Postal)

¿Solicita el envío de cartas adicionales aquí?  Sí  No

¿HAY UN PLAN DE CUSTODIA O PLAN DE AUTORIDAD DE PADRES VIGENTE?  Sí  No

Si existe, por favor proporciónenos una copia para el expediente de su niño. ¿Copia Recibida?  Sí  No

¿EXISTE UNA ORDEN DE RESTRICCIÓN VIGENTE?  Sí  No

Si existen, los documentos legales tienen que estar en los registros de la escuela para poder cumplir con ellos. ¿Copia Recibida?

Sí  No

La orden de Restricción es contra:  Madre  Padre  Otro \_\_\_\_\_

**ESCUELA ANTERIOR:**

**DISTRITO ESCOLAR ANTERIOR:**

**LUGAR DE LA ESCUELA ANTERIOR:** (Dirección, Ciudad, Estado)

¿El estudiante asistió antes a otra escuela en el Distrito Escolar de Olympia?  Sí  No ¿Cuál Escuela?: \_\_\_\_\_

¿Su niño fue matriculado en un programa Preescolar?  Sí  No

¿Su estudiante ha asistido una escuela en el estado de Washington?  Sí  No Fecha(s) de asistencia (Mes/Año) \_\_\_\_\_

¿SU NIÑO TIENE UNA CONDICIÓN QUE AMENAZA SU VIDA?  No  Sí

**Si responde que sí,** necesitamos información adicional antes que su niño pueda asistir a la escuela. Favor de completar y regresar el paquete adicional sobre condiciones que amenazan la vida. Según RCW 28A.210.320: *Niños con condiciones de salud que amenazan su vida – Medicamentos u órdenes de tratamiento – Reglas*, el medicamento u orden de tratamiento tiene que dirigirse a la condición que amenaza la salud y tiene que estar en el registro escolar antes que el niño pueda asistir a la escuela. Bajo la ley, “una condición que amenaza la vida” quiere decir una condición de salud que podría poner a un niño en peligro de muerte durante el día escolar si un medicamento u orden de tratamiento no está colocado. La ley provee que un niño no puede asistir a la escuela en la ausencia de un medicamento u orden de tratamiento si el niño tiene una condición que amenaza su vida cual pudiera necesitar la provisión de servicios médicos en la escuela.

**ESTA SECCIÓN ES PARA EL USO DEL PERSONAL DE LA OFICINA**

Paquete entregado al padre/madre/Guardián legal

Fecha de entrego del paquete: \_\_\_\_\_  Firma del Personal autorizado de la oficina  Firma del Padre/Madre/Guardián Legal

¿Su niño ha calificado, o ha sido matriculado en un programa de educación especial?  No  Sí ¿En qué grado(s)? \_\_\_\_\_

¿Su niño ha calificado o tenido un plan 504?  No  Sí ¿En qué grado (s)? \_\_\_\_\_

Su niño ha participado en:  Título 1  LAP  Niños Dotados  Otro?  No  Sí ¿En qué grado(s)? \_\_\_\_\_

¿Su niño ha sido matriculado en el Programa de Aprendizaje de inglés (EL)?  No  Sí ¿En qué grado(s)? \_\_\_\_\_

Idioma principal hablado en la casa: \_\_\_\_\_

¿Su niño ha tenido que repetir un grado?  No  Sí ¿En qué grado sucedió? \_\_\_\_\_

¿Su niño saltó un curso?  No  Sí ¿En qué grado sucedió? \_\_\_\_\_

¿Su niño ha recibido una petición BECCA (ley por faltar a clases)?  No  Sí ¿En qué grado (s)? \_\_\_\_\_

¿Su niño ha sido suspendido o expulsado?  No  Sí ¿En qué grado(s)? \_\_\_\_\_

¿Su niño vive actualmente en: un albergue, carro, hotel, compartiendo con amigos/familia, en una casa adoptiva temporal u hogar grupal, o campamento?  No  Sí ¿En qué grado(s)? \_\_\_\_\_

¿VA EL NIÑO A UNA GUARDERÍA/NIÑERA?  Antes de la escuela  Después de la escuela  Antes y después de la escuela

Nombre del Cuidador de su niño(a) \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Otros arreglos para el cuidado de su niño?  No  Sí (Favor de proporcionar información por escrito a la escuela.)

**FAVOR DE ALISTAR A LOS HERMANOS Y HERMANAS**

Apellido Legal	Nombre Legal	Escuela	Grado	Edad

**HISTORIAL MEDICO DE SU ESTUDIANTE**

(Marque las casillas apropiadas y complete la tarjeta de salud para describir los problemas más detalladamente.)

Alergias:  No  Sí Doctor o Clínica: \_\_\_\_\_

Otros Problemas de Salud:  No  Sí Número de teléfono del Doctor o Clínica: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA MEDICA:** Entiendo que, en caso de un accidente o enfermedad, se hará todo lo posible para contactar a los padres de familia/guardianes legales inmediatamente. Si no pueden localizar a los padres/guardianes legales, autorizo a las autoridades escolares para que consigan cuidado de urgencia para mi niño.  Sí  No

**AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR AL ESTUDIANTE:** En caso de que la escuela no pueda contactar a los padres/Guardián legal, doy permiso para que mi niño sea liberado a las siguientes personas alistadas como contactos de emergencia.  Sí  No

**Cuando ocurren situaciones de emergencia, lesiones u enfermedad (terremotos, incendios, etc.) que involucren a su niño, queremos acudir rápidamente a las familias u otros adultos responsables. En caso de no poder alcanzar a los padres de familia /Guardián legal, favor aliste personas con quien usted confía quienes están disponibles durante el día para cuidar a su niño (sería buena idea si uno de estos contactos es de alguien fuera del área).**

CONTACTO PRINCIPAL (aparte de los padres/Guardián legal)		PARENTESCO CON EL NIÑO	TELÉFONO #1	TELÉFONO #2
Apellido Legal	Nombre	_____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
DIRECCIÓN CONTACTO PRINCIPAL Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____				
SEGUNDO CONTACTO (aparte de los padres/Guardián legal)		PARENTESCO CON EL NIÑO	TELÉFONO #1	TELÉFONO #2
Apellido Legal	Nombre	_____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
TERCER CONTACTO (aparte de los padres/Guardián legal)		PARENTESCO CON EL NIÑO	TELÉFONO #1	TELÉFONO #2
Apellido Legal	Nombre	_____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
CUARTO CONTACTO (aparte de los padres/Guardián legal)		PARENTESCO CON EL NIÑO	TELÉFONO #1	TELÉFONO #2
Apellido Legal	Nombre	_____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
QUINTO CONTACTO (aparte de los padres/Guardián legal)		PARENTESCO CON EL NIÑO	TELÉFONO #1	TELÉFONO #2
Apellido Legal	Nombre	_____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
SEXTO CONTACTO (aparte de los padres/Guardián legal)		PARENTESCO CON EL NIÑO	TELÉFONO #1	TELÉFONO #2
Apellido Legal	Nombre	_____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular

**ETNIA y RAZA:** Los distritos escolares en el estado de Washington tienen la obligación de informar datos sobre las categorías de etnia y la raza de los estudiantes a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública. Las categorías de etnia y raza usadas en nuestro distrito son las mismas usadas en todos los distritos escolares de Washington. Las mismas están establecidas por el gobierno federal, la legislatura del estado de Washington, y el Superintendente de Instrucción Pública estatal.

**Por favor conteste lo siguiente:**

**Pregunta 1: ¿Su hijo es de origen Hispano o Latino?**

- No, mi hijo no es Hispano o Latino (continúe a la siguiente pregunta). (10)
- Sí, mi hijo es Hispano o Latino (marque todas las que se apliquen y continúe a la próxima pregunta).
  - Cubano (55)
  - Dominicano (60)
  - Español (65)
  - Puertorriqueño (70)
  - Mexicano/Mexicano Americano/Chicano (30)
  - Centroamericano (75)
  - Suramericano (80)
  - Latinoamericano (85)
  - Otro Hispano/Latino (90)

**Pregunta 2: ¿Cuál raza(s) considera que posee su niño (marque todas las que se aplican)?**

- Afro Americano / Negro (200)
- Blanco o Caucásico (300)
- Indio de Asia (505)
- Camboyano (507)
- Chino (510)
- Filipino (520)
- Hmong (525)
- Indonesio (530)
- Japonés (535)
- Coreano (540)
- Laosiano (545)
- Malasio (550)
- Paquistani (555)
- Singapurense (560)
- Taiwanés (565)
- Tailandés (570)
- Vietnamita (575)
- Otra raza Asiática (599)
- Hawaiano Indígena (605)
- Fijian (520)
- Guamaniano o Chamorro (620)
- Isleño Mariana (625)
- Melanesiano (630)
- Micronesiano (632)
- Samoano (635)
- Tongano (640)
- Otro Isleño del Pacífico (699)
- Nativo de Alaska (405)
- Chehalis (410)
- Colville (413)
- Cowlitz (416)
- Hoh (418)
- Jamestown (421)
- Kalispel (424)
- Lower Elwa Klallam (427)
- Lummi (430)
- Makah (433)
- Muckleshoot (436)
- Nisqually (439)
- Nooksack (442)
- Port Gamble Klallam (445)
- Puyallup (448)
- Quileute (451)
- Quinault (454)
- Samish (457)
- Sauk-Suiattle (460)
- Shoalwater Bay (463)
- Skokomish (466)
- Snoqualmie (469)
- Spokane (472)
- Isla Squaxin (475)
- Stillaguamish (478)
- Suquamish (481)
- Swinomish (484)
- Tulalip (487)
- Upper Skagit
- Yakima (490)
- Otra Tribu India de Washington(495)
- Otra Tribu Indígena Americana(499)

### VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Doy fe que la información en este formulario es correcta y la verdad hasta esta fecha. Entiendo que la falsificación de información para obtener la matrícula o la designación podría ser causa para revocar la matrícula o designación a una escuela en el Distrito Escolar de Olympia.

**Firma del Padre/Madre/Guardián Legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de Molde:** \_\_\_\_\_