

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

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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: APELLIDO LEGAL	NOMBRE LEGAL	SEGUNDO NOMBRE LEGAL
--	---------------------	-----------------------------

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: _____

ESTUDIANTE VIVE CON: <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: _____	GUARDIÁN PRINCIPAL 1 (padre/madre/Guardián legal quien vive con el estudiante) Apellido _____ Nombre _____ DIRECCIÓN POSTAL (Si es diferente de arriba) (Calle/Apto. #, Ciudad, Estado, Código Postal) _____ _____	TELÉFONO DEL GUARDIÁN PRINCIPAL 1 <input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> privado <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____
--	---	---

GUARDIÁN PRINCIPAL 2 (padre/madre/Guardián legal quien vive con el estudiante) Apellido: _____ Nombre: _____	TELÉFONO DEL GUARDIÁN 2 <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).
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cubano (55) | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño (70) | <input type="checkbox"/> Suramericano (80) |
| <input type="checkbox"/> Dominicano (60) | <input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano Americano/Chicano (30) | <input type="checkbox"/> Latinoamericano (85) |
| <input type="checkbox"/> Español (65) | <input type="checkbox"/> Centroamericano (75) | <input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino (90) |

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

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

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: _____