

Learning For Life Charter School

2017 - 2018

FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL ESTUDIANTE

Favor de escribir claramente

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
 Apellido _____ Nombre _____ M I _____ Mes _____ Día _____ Año _____

Direccion del estudiante _____ Ciudad _____ odigo post _____

Direccion de correo _____ Ciudad _____ odigo post _____

Email: _____ (padres) _____ (estudiante)

Numero de contacto principal: _____ Masculino Femenino _____ Lugar de Nacimiento _____

Fecha de inscripcion inicial en cualquier escuela de CA: _____

Ultima escuela que asistio _____ Direccion/Ciudad/Estado/Codigo Postal _____

Raza

Es el estudiante Hispano o Latino? Si No *Segun la poliza federal y estatal del codigo educativo de california esta area no puede ser dejada en blanco. Gracias.*

Favor de indicar Raza, usted puede seleccionar todas las que apliquen. Favor de usar 1,2,3 etc.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Negro/ Africano Americano | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Hnong | <input type="checkbox"/> Samoan |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Otros países de Asia | <input type="checkbox"/> Guamanian |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Koreano | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacifico |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Hawaiano | |
| <input type="checkbox"/> Asiático Loatian | <input type="checkbox"/> Indio Asiatico | <input type="checkbox"/> Tahitian | |

A recibido este estudiante servicios de educacion especial? Si No Si contesto si, hay un IEP al corriente? Si No

Si hay un IEP, nosotros necesitamos que tener una copia del IEP.

Nosotros prograremos una reunion con el Psicólogo infantil de MPUSD para determinar la viabiliada de la inscripcion en el programa de estudios independiente.

El estudiante ha participado alguna vez en cualquiera de los siguientes programas? Por favor, marque sólo aquellas que se aplican.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Escuela de oportunidad | <input type="checkbox"/> Escuela de adultos |
| <input type="checkbox"/> Programa bilingüe | <input type="checkbox"/> Inscripción simultánea en un colegio comunitario |
| <input type="checkbox"/> Escuela comunitaria de día | <input type="checkbox"/> Gifted & Talented Education |
| <input type="checkbox"/> Escuela secundaria continuaria | (Favor de adjuntar los resultados) |
| <input type="checkbox"/> Cualquier programa de estudios independientes | <input type="checkbox"/> 504 |

Para uso de la escuela solamente

Student SSID# _____ Powerschool # _____

Enrollment date _____ Grade _____ New Student Re-Enrolled Student

Assigned Teacher _____

Información del Padre o Tutor Legal

Tutor legal(s) El estudiante vive con: Padres Tutor legal

Identificación legal, (Identificación con foto del gobierno) será requerida al momento de inscripción. Si usted es un tutor legal, usted necesitará que tener una carta notariada por el padre o un documento de la corte.

Primer padre/ Tutor legal Nombre: _____

Por favor, proporcione un número de teléfono de contacto principal. Es su responsabilidad para mantener la escuela al día cada vez que su número o dirección cambien.

(work) _____ (cell) _____

Nivel de Educación: Por favor, sólo marque una.

- Graduado del colegio Escuela de Postgrado/ Entrenamiento de postgrado
 Graduado de la Escuela secundaria No Graduado Algo de universidad (incluye grado de AA)

Segundo padre/ Tutor legal Nombre: _____

Por favor, proporcione un número de teléfono de contacto principal. Es su responsabilidad para mantener la escuela al día cada vez que su número o dirección cambien.

(work) _____ (cell) _____

Nivel de Educación: Por favor, sólo marque una.

- Graduado del colegio Escuela de Postgrado/ Entrenamiento de postgrado
 Graduado de la Escuela secundaria No Graduado Algo de universidad (incluye grado de AA)

Estoria de salud del estudiante y los números de contacto de emergencia

De acuerdo con las nuevas guía federales de la ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act), yo autorizo que la información de salud de mi hijo/a sea compartida con el personal de la escuela.

Nombre del médico primario/Clinica: _____ Numero # _____

Seguro del estudiante: Medi-Cal Healthy Families Otro Ninguno

El estudiante:

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Lentes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Tiene Diabetes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Tiene convulsiones? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Tiene asma? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Alergias? Por favor, especifique. Y endique todos los medicamentos que su hijo/a pueda llevar con el/ella a la escuela. Tenga en cuenta que nosotros no tenemos una área especial para almacenar medicamentos para nuestros estudiantes. Se aconseja que ustedes administren cual quier medicamento que su hijo/a necesite en casa para eliminar (Los medicamentos necesarios que el estudiante triga medicamentos a la escuela. Para mantenerla en la escuela requieren una forma de liberación médica en archivo en la escuela.)

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

Contactos de Emergencia

| | | | |
|--------|----------|----------|----------------------|
| | | | |
| Nombre | Apellido | Relación | Teléfono de contacto |
| | | | |
| Nombre | Apellido | Relación | Teléfono de contacto |
| | | | |
| Nombre | Apellido | Relación | Teléfono de contacto |

Las Expulsiones y El Ausentismo

¿Su hijo ha sido expulsado de cualquier escuela? Sí No

Cual escuela? _____ Por favor, explique. _____

Fue su hijo restablecido? Sí No Cuando? _____

¿Su hijo/a ha estado involucrado en un problema de absentismo escolar? No Si

Esta su hijo/a en probacion? No Si

Si su hijo/a esta en probacion, favor escriba el nombre y telefono del oficial de probacion.

Nombre _____ Numero _____

Diganos un poco sobre su hijo/a. ¿En que materias hace bien y en cuales necesita ayuda? ¿Cual es la razon por la cual quiere inscribir a su hijo/a en Learning For Life? _____

¿Cómo se enteró de Learning For Life School? Un amigo Un anuncio Estudiante que regresa
 Website Radio

Cuestionario de la Residencia de Estudiante

¿Dónde está viviendo el estudiante actualmente? Por favor, sólo elija uno.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En una vivienda unifamiliar o un apartamento con su tutor legal | <input type="checkbox"/> En una vivienda unifamiliar o un apartamento con los padres |
| <input type="checkbox"/> Con un adulto que no es un padre o tutor legal | <input type="checkbox"/> En un hogar de cuidado de crianza temporal |
| <input type="checkbox"/> Con más de una familia en una casa o apartamento | <input type="checkbox"/> Con amigos o un miembro de la familia |
| <input type="checkbox"/> En un lugar no designado para dormir comun, tal como un coche, un parque o un campamento | <input type="checkbox"/> En un motel o refugio |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Permiso del padre o guardián: Mi firma verifica que Learning For Life School los funcionarios tienen mi permiso, mientras que mi hijo/a está inscrito, en ausencia de un miembro de la familia, a mis expensas, a presentar a mi hijo a la sala de emergencias más cercana o clínica para el tratamiento de emergencia que se considere necesario como consecuencia de lesiones o enfermedades sufridas en la escuela. Yo entiendo que la presentación de información falsa o la falsificación de documentos es un delito y que inscribir a un estudiante menor con documentos falsos, me expone a ser arestado/a.

¿Tenemos su permiso para publicar fotos de su hijo/hija en nuestra página de internet (learningforlifeschool.com), e en nuestras pampletas, publicaciones en nuestra escuela?

Si usted tiene mi permiso No usted no tiene mi permiso

Firma del Padre/Madre o Tutor legal

Fecha