

San Lorenzo Valle Unificada Distrito Escolar

Pre-Inscripción Información del Estudiante

Sólo uso de oficina:

Student Number: _____ Start Date: _____ Home Room _____

Debe proporcionar una copia del certificado de nacimiento y registros de inmunización de su estudiante y prueba de residencia

El día de hoy: _____ ¿Has salido de tu escuela anterior? _____ El grado que entra: _____

Nombre legal del estudiante: _____
(Último) (Primero) (Medio)Dirección física del estudiante: _____
Calle (**No PO Box**) Ciudad Estado código postalDirección postal del estudiante: _____
Calle/PO Box Ciudad Estado código postalGénero: Masculino Hembra Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar de nacimiento: _____
Mes Dia Año

Antes de la escuela: _____ Dirección: _____

Retención anterior Sí / No En caso afirmativo ¿en qué grado: _____

¿Redibe el estudiante servicios de educación especial _____ El estudiante tiene un IEP active o 504? _____
(En caso afirmativo, proporcione una copia)

Consideraciones especiales de salud _____

Nombre del Padre/Guardián #1: Nombre: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono Principal #: _____ Teléfono secundario #: _____	Nombre del Padre/Guardián #2: Nombre: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono Principal #: _____ Teléfono secundario #: _____
---	---

Nivel de educación de los padres: No se graduó de la secundaria Graduado de la High School secundaria
Alguna Universidad o AA Graduado de la Universidad Graduado de licenciatura o superior Renuncia a exponer

Otra información (Sólo uso de oficina): Birth Certificate: <input type="checkbox"/> Residency: <input type="checkbox"/> _____ ELL: Language: _____ Medical Issues: _____	IDT: <input type="checkbox"/> Homeless: _____ Medication Forms given: Yes / No
Custody issues: Yes / No Court Papers received: Yes / No	
Online Registration Complete <input type="checkbox"/> Registration Packet & Documents Complete <input type="checkbox"/> Home Language Survey <input type="checkbox"/>	
Immunizations Complete <input type="checkbox"/>	IEP <input type="checkbox"/> IEP received <input type="checkbox"/> SDC <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> GATE <input type="checkbox"/>
Polio <input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd <input type="checkbox"/> 3 rd <input type="checkbox"/> 4 th DTP <input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd <input type="checkbox"/> 3 rd <input type="checkbox"/> 4 th <input type="checkbox"/> 5 th MMR <input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd Hep B <input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd <input type="checkbox"/> 3 rd Varicella <input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> Disease documented Tdap <input type="checkbox"/>	Kindergarten/1st: Oral Health Assessment/Waiver <input type="checkbox"/> 1 st Grade Physical Original <input type="checkbox"/> High School: Transcript <input type="checkbox"/> Passed PFT <input type="checkbox"/> Passed CAHSEE <input type="checkbox"/>