

DISTRITO ESCOLAR UNIDO TWO ROCK - FORMA DE REGISTRACION DE ESTUDIANTE

Nombre de Estudiante: Masculino Femenino Kinder Transicional

CUMPLEAÑOS DE ESTUDIANTE:

Mes _____ Día _____ Año _____

LUGAR DE NACIMIENTO:

Ciudad _____ Estado _____

Condado _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Tel. Celular: _____

Previa Escuela Asistida (1st-6th grados) _____

Dirección: _____ **Grados:** _____ **Fechas:** _____

El estudiante ha asistido previamente a una escuela de OAUSD? Si _____ No _____ Cuando _____

(K) Asistió a Preescolar: SI No

Nombre de Preescolar _____ Ciudad _____ Estado _____

<p>ESTADO DOMICILIARIO DE ESTUDIANTE</p> <p><input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre</p> <p><input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra</p> <p><input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Cuidado Adoptivo</p> <p><input type="checkbox"/> Hogar Permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Migrante</p> <p><input type="checkbox"/> Sin Hogar/Asilo Temporal</p> <p>Una forma de Cuidado de Afidavit debe ser llenada para estudiantes que viven con un Tutor legal que no sea el padre/madre.</p>	<p>CUSTODIA DEL ESTUDIANTE</p> <p><input type="checkbox"/> Custodia Compartida</p> <p><input type="checkbox"/> Custodia Individual</p> <p><input type="checkbox"/> Tutorial</p> <p>Si hay Arreglo de Custodia Legal sobre éste estudiante por favor provea una copia a la Oficina de la Escuela y marque uno de los de arriba.</p> <p>Fecha de expiración de la orden judicial _____</p>	<p>ETNICIDAD DEL ESTUDIANTE</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano</p> <p><input type="checkbox"/> No-Hispano</p> <p>Fecha primera en que el estudiante asistió a una escuela en Estados Unidos: _____</p> <p>En California: _____</p>	<p>RAZA DEL ESTUDIANTE</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Negro</p> <p><input type="checkbox"/> Otro Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Filipino</p> <p><input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Laociano</p> <p><input type="checkbox"/> Americano Nativo</p> <p><input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacifico</p> <p><input type="checkbox"/> Dejado en Blanco Intencionalmente</p>	<p>NIVEL DE EDUCACION DE LOS PADRES Por favor indique abajo</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado de Prepa/Post Grad</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado de Colegio</p> <p><input type="checkbox"/> Algo de Colegio (AA incluido)</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria</p> <p><input type="checkbox"/> No Graduado de Preparatoria</p> <p><input type="checkbox"/> Rehusar ó Desconocido</p> <p>Madre/Tutor Legal: _____</p> <p>Padre/Tutor Legal: _____</p>	<p>Apellido del Estudiante:</p>
--	---	--	---	---	---------------------------------

PADRE/TUTOR LEGAL: Relación con Estudiante: _____ Lenguaje: _____

Nombre: _____

Empleador: _____
Nombre Ocupación Num. de Celular o de Trabajo

U.S. Servicio Militar: Rama: _____ Fechas de Servicio: _____

DIRECCION PRINCIPAL DE CORREO ELECTRONICO: _____

MADRE/TUTOR LEGAL: Relación con Estudiante: _____ Lenguaje: _____

Nombre: _____

Empleador: _____
Nombre Ocupación Num. de Celular o de Trabajo

U.S. Servicio Militar: Rama: _____ Fechas de Servicio: _____

DIRECCION PRINCIPAL DE CORREO ELECTRONICO: _____

Otros Niños en la Familia:

Apellido	Primer Nombre	Seg. Nombre	Fecha de Nac.
Apellido	Primer Nombre	Seg. Nombre	Fecha de Nac.
Apellido	Primer Nombre	Seg. Nombre	Fecha de Nac.

PROGRAMAS ESPECIALES

- RSP SDC SPEECH
- GATE Active IEP: 504
- Otro: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

FECHA _____

SCHOOL USE ONLY

- Teacher _____
- Grade _____ Year _____
- Check when received:
- Birth verification _____
- Immunization Records _____
- Oral Assessment (TK-1st) _____
- Proof of Residence _____
- Student Health History _____
- Interdistrict Transfer form _____
- Home Language Survey _____
- Health Exam (TK-1st) _____
- Emergency Card _____
- Lunch Application _____
- Cum Requested Date _____
- Employee: _____
- Date Completed: _____

Apellido del Estudiante:

Primer Nombre:

SSID#:

**DISTRITO ESCOLAR UNIDO TWO ROCK
ENCUESTA DE IDIOMA DEL HOGAR**

Nombre del Estudiante: _____ Apellido _____ Primer Nombre Dado _____ Segundo Nombre Dado _____

Escuela: _____ Edad: _____ Nivel de Grado: _____ Nombre del Maestro: _____

Instrucciones para Padres y Tutores:

El *Código de Educación de California* contiene requerimientos legales el cual dirige a la escuela a determinar los idiomas hablados en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial en orden para que la escuela provea programas y servicios de instrucción adecuada. Como padres y tutores, se pide su cooperación en cumplir con este requisito legal. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas listadas abajo lo más exactas posibles. Para cada pregunta, escriba el/llos nombre/s del lenguaje que aplique en cada espacio proveído. Por favor no deje ninguna pregunta sin responder.

1. ¿Cuál idioma su niño/a aprendió cuando él/ella comenzó a hablar? _____
2. ¿Cuál idioma su niño/a habla más frecuentemente en casa? _____
3. ¿Cuál idioma ustedes (los padres o tutores) usan más frecuentemente cuando hablan con su niño/a? _____
4. ¿Cuál idioma es más frecuentemente hablado por adultos en el hogar? _____
(padres, tutores, abuelos, o cualquier otro adulto)

Por favor firme y anote la fecha de esta forma en los espacios proveídos abajo, luego regrese la forma con su paquete de registración. Gracias por su cooperación.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

HISTORIAL DE SALUD

FECHA _____ GRADO _____ MAESTRO/A _____

ALUMNO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ALUMNOS PREVIAMENTE MATRICULADOS

Marque aqui si no se han presentado nuevos problemas de salud _____

ALUMNOS NUEVOS

_____ **Problemas Cronicos de Salud** que actualmente requieren de atención medica regular:

Convulsiones _____ Asthma _____ Diabetes _____

Problemas urinarios _____

Por favor explique:

_____ **Requiere Medicina en Forma Regular:** Indicar el nombre, la dosis y la frecuencia

_____ **Alergia:**

A la comida: _____ Reaccion: _____

Picadura de insecto: _____ Reaccion: _____

_____ **Historia de Anaphylaxis:**

Debemos mantener la medicina en la escuela? SI _____ NO _____

_____ **Problemas de la Vista:**

Debe utilizar anteojos en la escuela? SI _____ NO _____

_____ **Problemas del Oido:**

Perdida temporal _____ Perdida permanente _____

_____ **Alguna Operación, Cirugia?** Por favor explique _____

_____ **Otra Información Pertinente** _____

_____ **El alumno no sufre de problemas cronicos de salud.**

Firma

Two Rock Union School District

5001 Spring Hill Road • Petaluma, CA • 94952

Phone: (707) 762-6617 • Fax: (707) 762-1923

www.trusd.org



Padres Pueden Ayudar en Casa

Preparación para la Escuela

- Antes de comenzar el año escolar enseñale a su hijo/a una manera segura de ir a la escuela o de llegar a la parada del autobús. Quizas gustaría compartir y conocer la escuela con su hijo/a.
- Levante a su hijo/a temprano y con bastante tiempo cada día para llegar a la escuela sin prisa o confusión.
- Marque el nombre de su hijo/a en toda la ropa, libros o otros artículos traídos a la escuela.
- Proporcionele ropa cómoda a su hijo/a que le permita movimiento para jugar.
- Favor de dejar a su hijo/a en la puerta del salón de clase o el lugar designado. Su hijo/a está en un lugar seguro, con personas simpáticos y profesionales y su hijo/a se acostumbrará bien y rápido a la escuela.
- Mantenga la escuela informada. Si usted cambia el número de teléfono o niñera, o hay otras cosas que puede afectar su hijo/a, favor de comunicarse con la escuela.

Ayudandole a su hijo a tener éxito en la escuela

- Ayudale a su hijo/a a tener control de si mismo y a compartir atención con los demás.
- Ayudale a su hijo a planificar y completar proyectos y actividades.
- Elogie a su hijo por sus logros. Alabanza ayuda a desarrollar actitudes positivas.
- Enseñe a su hijo a entender y cumplir con instrucciones simples.
- Dele a su hijo varias responsabilidades personales y de casa.
- Proporcionar una variedad de experiencias para ampliar la conciencia de su hijo del mundo.
- Hable con su hijo. Haga tiempo cada día para platicar sobre el día escolar con su niño y demuestre interés positivo.
- Anime a su niño a pensar y tomar decisiones apropiadas.
- Ayude a su hijo a desarrollar el hábito de cortesía hacia los demás.
- Mantenga un tiempo definido para comer, descansar, jugar y dormir. Un horario regular desarrollar hábitos consistentes.
- Séa consistente con sus expectativas y comportamiento.
- Anime a su hijo a desarrollar su independencia.
- Lea con su hijo en casa todos los días. Los estudios muestran que leer 15 minutos cada día tiene un gran impacto positivo en el éxito escolar.

Toni L. Beal, Superintendent/Principal

Board of Trustees

Ken Mazzetta, President Kathy Wilson, Clerk Julie Jacobsen Gayleen Maas John Silvestrini